2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N° 472

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

FERDINAND ROCHER

Né à La Ferté-Macé (Orne), le 24 octobre 1875.

L'HÉMATURIE

DANS

LES NÉOPLASMES DU REIN

Sa valeur diagnostique et pronostique

Président : M. GUYON, Professeur.

Juges : MM. RÉMY, Professeur. ALBARRAN et THIÉRY, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15 — Rue Racine — 15

1901

472

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b3060039x

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

FERDINAND ROCHER

Né à La Ferté-Macé (Orne), le 24 octobre 1875.

L'HÉMATURIE

DANS

LES NÉOPLASMES DU REIN

Sa valeur diagnostique et pronostique

Président : M. GUYON, Professeur.

Juges : MM. REMY, Professeur. ALBARRAN et THIÉRY, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15 — Rue Racine — 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY. DEROVE.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.
ACHARD.	DUPRE.	LEJARS.	THIERRY.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES de la TOURETTE.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	HARTMANN.	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HEIM.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	ROGER.	WIDAL.
DELBET.		SÉBILLEAU.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie des Sciences

Président de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'apparition du sang en plus ou moins grande quantité dans les urines a de tout temps vivement préoccupé malades et médecins. S'il est en effet un symptôme inquiétant et qui mérite de fixer l'attention, c'est bien l'hémorrhagie, quelles que soient sa source, les causes qui lui donnent naissance, les conditions dans lesquelles elle se produit. Or l'arbre urinaire si complexe, si fragile aussi, soumis à tant d'influences, est un des appareils de l'économie qui saignent le plus facilement, et il ne faut point s'en étonner, étant données sa constitution anatomique et sa physiologie.

Il est nécessaire, au début de ce travail, de bien s'entendre sur le mot hématurie, car enfin, *urine rouge* et même *urine sanglante* ne veut pas toujours dire *pissement de sang*.

D'un côté, en effet, l'urine peut être rouge sans pour cela contenir du sang. C'est ce qui arrive par exemple dans l'*hémoglobinurie*. D'autre part, alors même qu'il existe du sang dans l'urine, ce sang peut y être arrivé

accidentellement au moment de la miction. Le type de ces cas est fourni par la femme à l'époque de ses règles : lorsqu'elle vide sa vessie, le liquide balayant la vulve se trouve presque toujours mélangé de sang. Le terme d'hématurie a d'ailleurs été depuis longtemps exactement défini par M. le Professeur Guyon : « l'excrétion simultanée du sang et de l'urine. »

Nous n'avons pas besoin d'insister sur cette définition et nous ne la rappelons ici que pour mémoire. Mais, si le diagnostic de l'existence même d'une hématurie peut être déjà difficile, on comprend que lorsqu'on se trouve en présence d'une hématurie confirmée, on éprouve de tout autres et bien plus grandes difficultés pour ce qui a trait à la recherche de la cause étiologique du phénomène. Enfin, alors même que ce diagnostic causal est bien déterminé, l'importance de l'hématurie au point de vue du pronostic de l'affection et des indications opératoires peut encore être de premier ordre. C'est ce qui arrive en particulier dans les néoplasmes du rein.

Ayant eu, pendant notre passage dans le service de M. le Professeur Guyon, l'occasion d'examiner et de suivre plusieurs malades présentant des hématuries graves au cours de l'évolution de néoplasmes rénaux, ayant pu d'autre part assister à une leçon de notre Maître sur ce sujet, nous avons pensé, suivant les conseils de M. le Docteur Pasteau, à en faire l'objet de notre Thèse inaugurale. Sans doute, nous n'avons pas l'intention d'apporter des modifications notables à ce qui a été

dit jusqu'ici, cependant il nous a semblé que peut-être, à la suite de la discussion des observations que nous rapportons, nous pourrions émettre quelques considérations utiles touchant la valeur diagnostique et pronostique de ces hématuries.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

Dans un premier chapitre, nous passerons rapidement en revue les méthodes d'examen ainsi que les moyens qui sont actuellement à la disposition du clinicien pour lui permettre de localiser la source de l'hématurie au niveau du rein. Nous insisterons en particulier sur l'importance considérable de la Cystoscopie dans les cas de ce genre.

Dans un deuxième chapitre, nous ferons l'étude de l'étiologie générale des hématuries du rein et dirons un mot de chacune des affections qui peuvent donner naissance à ce symptôme.

Le troisième chapitre sera consacré entièrement à l'hématurie des néoplasmes du rein. Nous l'étudierons en elle-même, dans son apparition, dans son évolution, aussi bien que dans ses associations symptomatiques.

Dans un quatrième chapitre, nous verrons quelle est la fréquence de l'hématurie dans l'ensemble des cas de cancer rénal et quelle valeur diagnostique on peut lui attribuer.

Enfin, dans un cinquième et dernier chapitre, nous examinerons la valeur pronostique de cette hématurie et

les indications qu'elle peut fournir au point de vue thérapeutique.

Avant encore que de conclure, nous exposerons un certain nombre d'observations caractéristiques, puisées dans la littérature médicale, avec sept observations inédites que nous avons pu recueillir à la clinique de l'hôpital Necker, dans le service de M. le Professeur Guyon. Nous ne rapporterons pas tous les cas publiés de néoplasme du rein dans lesquels l'hématurie a été constatée, notre but n'étant point de faire un travail de statistique complet, mais d'établir nos conclusions sur une série de faits probants.

Nous terminerons cependant par un index bibliographique dans lequel nous citerons, aussi exactement que possible, par ordre chronologique, les principaux travaux parus sur le sujet depuis 1858, et tous ceux qui ont été publiés depuis la thèse de Héresco (1).

Mais, tout d'abord, nous tenons à inscrire en tête de ce travail les noms de ceux qui furent nos Maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté. Nous avons à cœur de leur exprimer toute notre reconnaissance, et ce nous est un devoir particulièrement agréable puisqu'il nous permet de revivre par la pensée les bonnes années que nous avons passées près d'eux.

Nous vîmes d'abord, jeune étudiant, les services chi-

(1) **Héresco.** De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. Th. Paris, 1899.

rurgicaux de M. Peyrot à Lariboisière, puis de M. Jalaguier à Trousseau. Ce souvenir de début restera profondément gravé dans notre mémoire.

C'est encore à Lariboisière, près de MM. Landrieux et Muselier, que nous avons commencé à comprendre la Clinique médicale. M. Chauffard à Cochin, puis M. Gilbert à Broussais voulurent bien, par la suite, nous guider dans cette voie semée d'écueils et nous la rendre facile; nous leur en gardons le plus reconnaissant souvenir.

Nous ne voulons pas oublier que, dans la consultation de M. Bouglé à Broussais, nous avons pu combler bien des lacunes et compléter autant que possible notre éducation chirurgicale. M. Bouglé, jadis Prosecteur à l'Ecole pratique, avait su d'ailleurs nous préparer à cette tâche en nous faisant comprendre l'Anatomie. Nous sommes heureux de pouvoir ici lui témoigner publiquement notre vive gratitude.

M. le Professeur Hutinel, dans son beau service des Enfants assistés, nous a initié à la Pathologie et à la Thérapeutique infantiles. Enfin les magistrales leçons de M. le Professeur Pinard ainsi que ses causeries familières nous ont fait apprécier la science obstétricale et ont laissé en notre esprit une ineffaçable empreinte.

Que tous ces Maîtres veuillent bien accepter l'hommage de notre sincère reconnaissance.

A M. le Docteur Pasteau, nous devons beaucoup pour ce travail. Ses conseils nous ont été très précieux, non

moins que la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Nous saisissons avec joie l'occasion de lui adresser un affectueux merci.

Enfin, près du terme officiel de nos études médicales, M. le Professeur Guyon a daigné nous admettre au nombre de ses élèves, dans sa belle clinique de l'Hôpital Necker. A son école nous avons appris et aimé une chirurgie spéciale, scientifique et sage autant que bienfaisante; nous y avons trouvé en outre le sujet et les éléments de cette modeste Thèse, qu'il veut bien présider aujourd'hui. A lui va, pour l'honneur qu'il veut bien nous faire, notre plus profonde et respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE I

DIAGNOSTIC DE L'HÉMATURIE RÉNALE. CYSTOSCOPIE.

Deux grands symptômes, d'ordre différent, mais fort importants l'un et l'autre, peuvent faire naître dans l'esprit du clinicien l'idée d'un cancer du rein et le conduire au diagnostic précis de cette affection. L'un de ces signes, d'ordre fonctionnel, est l'hématurie ; l'autre, purement objectif, réside dans la constatation plus ou moins nette d'une tumeur rénale. Ce dernier n'étant généralement pas précoce perd par là-même un peu de son importance : l'hématurie se trouve ainsi mise au premier plan et devient le grand symptôme du néoplasme rénal.

Il importe donc tout d'abord d'être fixé sur les moyens qui peuvent servir à localiser dans le rein le point de départ du pissement de sang. Parmi ces moyens il en est qui, évidemment très importants, n'ont toutefois qu'une valeur relative, et les résultats

qu'ils donnent pourraient être classés sous le nom de *signes de probabilité.*

Ce sont :

1° L'étude des anamnestiques.

2° La constatation d'une augmentation de volume du rein, ou de douleurs à son niveau, coïncidant avec l'hématurie.

3° L'examen des mictions hématuriques.

D'autres procédés ont une importance capitale et permettent de faire le diagnostic sans qu'aucun doute soit possible. Ils constituent des *signes de certitude.*

Ce sont :

1° Dans quelques cas, l'examen des urines hématuriques.

2° La constatation *de visu* de l'issue du sang dans la vessie par l'orifice uretéral, au moyen de la cystoscopie.

3° La constatation de l'écoulement d'urine sanglante par une sonde introduite dans l'uretère.

Nous allons successivement passer en revue chacun de ces procédés.

A. — Signes de probabilité.

1° *Étude des anamnestiques.* — Prenons, pour nous rapprocher autant que possible de la réalité des faits, un malade qui pisse ou qui vient de pisser du sang. Il

convient en premier lieu de se renseigner sur ce point : n'a-t-il pas subi tout récemment un traumatisme, spécialement un traumatisme de la région lombaire? Il n'en faut pas davantage en effet, si le choc a été assez violent, pour faire saigner le rein ; et, en pareil cas, cette notion de cause bien établie permettra de penser que dans l'organe lésé se trouve sans doute la source de l'hématurie.

L'état général du malade est également capable de fournir des indications précieuses. Une hématurie survenant par exemple au cours de certaines fièvres éruptives, telles que la scarlatine ou la variole, aura probablement, elle aussi, son origine au niveau du rein. On connaît en effet la tendance fréquente de ces affections à déterminer des néphrites aiguës hémorrhagiques.

2° *Examen du rein.* — Il ne faut pas non plus oublier d'explorer le rein lui-même. S'il est sensible à la pression profonde et si la palpation bimanuelle le montre tuméfié, il paraît assez logique d'en inférer qu'il est vraisemblablement le siège de l'hématurie co-existante. On est en particulier autorisé à s'arrêter à cette idée quand il n'existe pas de signes vésicaux, quand l'examen démontre que la vessie n'est ni sensible au contact, ni douloureuse à la pression ou à la distension, ni épaissie au toucher rectal ou vaginal.

Voici maintenant une hématurie survenant chez un malade qui souffre des reins. Les douleurs, revenant par crises, s'irradient en divers sens, s'accompagnent de

vomissements, présentent en un mot les caractères de la colique néphrétique. Les urines, de plus, contiennent en même temps que du sang de nombreux graviers. N'y a-t-il pas, là encore, toutes chances pour que cette hématurie provienne du rein ? Le diagnostic causal fait faire alors le diagnostic de la source.

3° *Examen des mictions hématuriques.* — Suivant que la lésion, cause du pissement de sang, siège sur l'un des différents échelons de l'arbre urinaire, le phénomène se présente avec une physionomie variable et selon des modalités spéciales de *temps*, de durée ou d'abondance, dont l'étude offre une grande importance. Si par exemple le malade raconte, et si l'on peut constater que le sang paraît tout au début et rien qu'au début de l'émission d'urine, il est absolument logique d'en déduire que la source se trouve en aval du réservoir, c'est-à-dire dans l'urèthre profond ou au niveau de la prostate. L'hématurie est alors dite *initiale*.

L'hémorrhagie survient-elle, au contraire, à la fin de la miction, seulement avec les dernières gouttes qui terminent celle-ci : on devra songer en ce cas à un point de départ intéressant probablement le col vésical ou la vessie elle-même. C'est l'hématurie *terminale*.

Mais, très fréquemment, c'est pendant l'expulsion du contenu de l'organe, du début à la fin, que la présence du liquide hématique est observée, donnant au

mélange toute la gamme des tons entre le rose et le brun : L'hématurie est *totale*.

Pour produire les deux premières variétés il faut une source sanguine peu considérable. Lorsque par contre celle-ci est abondante, le sang est rapidement mêlé à l'urine et l'on se trouve encore en présence d'une hématurie totale. Cependant, suivant que son origine est uréthrale ou vésicale, la teinte rouge est plus accentuée au début ou à la fin de la miction, et l'on a affaire en réalité à une hématurie totale avec prédominance initiale ou terminale.

L'hématurie née dans le rein présente à ce point de vue un caractère spécial : elle est uniquement *totale*. Et cela se conçoit facilement si l'on réfléchit que le sang, extravasé au niveau ou tout près du lieu d'élaboration de l'urine, se trouve mélangé intimement avec elle dans la traversée uretérale, puis dans la vessie, pour enfin être en même temps qu'elle expulsé. Cette règle toutefois n'est pas absolue. Si le sang coule abondamment, l'hématurie bien qu'en réalité totale, semble encore terminale en ce sens que les dernières gouttes sont absolument rouge vif. M. le Professeur Guyon (1) et M. Albarran (2) ont vu le fait se produire précisément au cours de l'évolution de néoplasmes rénaux.

(1) **Guyon**. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, p. 475, tome I. Paris, 1894.

(2) **Albarran**. Les Tumeurs de la vessie, p. 194. Paris, 1892.

Ce caractère de *totalité* n'est pas d'ailleurs propre à l'hématurie rénale. On sait que nombre d'hématuries abondantes, d'origine vésicale ou prostatique, le possèdent également. Il est bon, cependant, d'en tenir compte pour la localisation du symptôme.

Les signes que nous venons d'énumérer jusqu'ici peuvent donc quelquefois permettre de faire le diagnostic d'une hématurie rénale, mais chacun d'eux en somme n'a point une valeur tout à fait absolue. Ils sont importants, mais seulement en tant qu'éléments de grande probabilité ; quand on les constate on peut être à peu près sûr du siège de l'hématurie, mais on n'en est jamais absolument certain. Cette certitude au contraire se dégage nettement des moyens que nous allons maintenant étudier.

B. — Signes de certitude.

1° *Examen des urines hématuriques.* — Le sang dans l'urine est souvent répandu de façon uniforme. Le mélange apparaît parfait et il serait fort difficile de se prononcer, d'après un rapide et superficiel examen, sur le siège de l'hémorrhagie. Cependant il arrive aussi qu'au milieu d'un liquide plus ou moins coloré on trouve un ou plusieurs caillots. Ces caillots, s'ils se sont formés dans la vessie, ont un aspect fort banal. Mais il n'en est plus de même lorsque le sang, arrêté quelque

temps dans une filière rétrécie, y a subi la coagulation. Il se forme alors un véritable moulage dont l'examen peut donner les plus précieux renseignements. Né dans l'uretère, par exemple, un caillot ne sera point en tout semblable à celui qu'auront modelé les parois de l'urèthre. Le premier sera plus ténu, plus grêle, l'autre plus gros. Et si l'on objecte que, sous l'influence de sa dilatation au-dessus d'un obstacle, l'uretère est capable de faire des caillots aussi volumineux que l'urèthre, il est certain que ce dernier ne saurait en produire d'aussi longs. L'on admet donc généralement que tout coagulum cylindrique effilé, dont la longueur atteint ou dépasse quinze centimètres, est pour ainsi dire pathognomonique d'une hématurie rénale.

Nombreux encore sont les cas dans lesquels le mélange d'urine et de sang, semblant de prime abord parfaitement homogène, à peine rosé, ne donne aucun indice sur le point de départ de l'hémorrhagie. L'usage du microscope peut alors être d'un grand secours. Il permet quelquefois d'apercevoir de petits cylindres, véritables moules des canalicules urinifères avec, y adhérant encore, l'épithélium même de ces canalicules. Cette constatation bien nette est suffisante, et donne à elle seule le droit d'affirmer l'origine rénale de l'hématurie.

2° *Cystocopie.* — Depuis quelques années enfin le chirurgien a à sa disposition une nouvelle méthode d'exploration, au moyen de laquelle il peut souvent

d'emblée assurer complètement son diagnostic : c'est la Cystoscopie. Nous n'avons certes pas l'intention d'en faire ici l'histoire. Ce serait tout à fait en dehors de notre sujet. Nous voulons simplement en indiquer l'importance, après avoir brièvement rappelé quelques points de technique.

Disons tout d'abord la grande simplicité, la parfaite innocuité de ce moyen bien manié. Il s'agit de passer dans la vessie une sorte de cathéter métallique auquel sont adaptés un appareil optique et une minuscule lampe à incandescence. Le malade étant couché dans la position dite du spéculum, le siège légèrement relevé, les jambes écartées et soutenues, on s'assure que l'instrument fonctionne bien et l'on procède à son introduction. Cette manœuvre ne présente guère plus de difficultés qu'un cathétérisme ordinaire et l'anesthésie est, dans l'immense majorité des cas, inutile.

Trois conditions sont indispensables pour mener à bonne fin une cystoscopie. Le calibre de *l'urèthre* doit permettre l'introduction d'une sonde n° 24 de la filière Charrière. La *vessie* doit pouvoir tolérer une quantité de liquide égale au moins à 60 ou 80 grammes. Ce *liquide* enfin doit être et rester suffisamment transparent, tant que durera l'opération.

Il est relativement facile de voir les différentes régions de la paroi vésicale. S'assurer que l'état de cet organe ne saurait motiver l'hémorrhagie ne demande alors qu'un instant et déjà l'on est presque fixé sur son

point de départ. On le sera complètement si l'on a la chance d'apercevoir un jet de sang émis par la contractation de l'uretère ; en outre cette constatation directe permettra de répondre à une question de la plus haute importance, souvent posée et trop souvent insoluble par les moyens ordinaires : quel est le rein qui saigne ?

Ici une objection vient tout naturellement à l'esprit. Nous avons dit tout à l'heure que le liquide injecté doit être et rester clair durant l'opération ; or, si l'hémorrhagie est un peu abondante, s'il y a des caillots dans la vessie, ce liquide sera par là-même troublé et l'examen rendu impraticable. La difficulté est résolue grâce à un appareil d'irrigation continue adapté au cystoscope : il est ainsi parfaitement possible de maintenir suffisante la transparence du milieu. L'on doit même, dans certains cas difficiles et douteux, profiter du moment où se produit l'hématurie pour essayer de constater *de visu* s'il y a ou non éjaculation sanglante au niveau de l'un des orifices uretéraux. Mais, en somme, l'élimination de toute lésion vésicale, en particulier d'une tumeur, capable de donner naissance à l'hématurie, fournit une faveur de son origine rénale une certitude complète. Et de plus, certaines modifications, telles que l'aspect anormal ou la déformation d'un orifice uretéral qui a saigné récemment, ne sont pas sans étayer encore le diagnostic de la source.

3° *Cathétérisme urétéral.* — Un dernier moyen consiste à aller prendre l'hématurie pour ainsi dire sur

le fait, en allant la chercher dans l'uretère même, ou le bassinet. Dans certains cas, le pissement de sang peut être fort abondant, compromettre immédiatement la vie du malade, et il devient alors nécessaire de connaître rapidement son point d'origine. Nous en citons plus loin une observation très nette, de M. le docteur Pasteau, publiée dans la thèse de de Sard (1). Il s'agissait là d'une femme qui saignait de telle sorte qu'il fallait intervenir très vite. Aucun symptôme net ne permettait de diagnostiquer à coup sûr la source de l'hématurie. L'examen cystoscopique de la vessie était impossible en raison de la présence du sang et de nombreux caillots, et il fut plus facile de faire le cathétérisme de l'uretère qui démontra d'ailleurs dans ce fait particulier la présence d'une tumeur vésicale. Mais on comprend, bien qu'il s'agisse évidemment de cas exceptionnels, qu'il en puisse être de même au cours d'un néoplasme rénal saignant abondamment.

Nous citons ici textuellement la discussion qui a trait au cas auquel nous faisons allusion (2).

« Si la cystoscopie est impossible, le cathétérisme « peut-il être utile ?

« Il paraît paradoxal de dire que dans l'impossibilité « d'établir un diagnostic par la cystoscopie on peut

(1) **Pasteau.** *in* **de Sard.** Le cathétérisme cystoscopique des uretères considéré comme moyen de diagnostic. Th. Paris, 1900.

(2) **De Sard.** *Loc. cit.*, p. 33.

« avoir recours au cathétérisme cystoscopique des « uretères, car on devrait croire que si la cystoscopie « n'est pas praticable, le cathétérisme à plus forte rai- « son, ne doit pas l'être davantage.

« On peut y avoir recours cependant, parce qu'il y a « des cas, exceptionnels il est vrai, mais qui existent, « puisque nous en rapportons un exemple, dans lequel « le cathétérisme a permis de certifier l'origine de l'hé- « maturie.

« Ceci se comprend si on réfléchit à ces deux « points :

« 1° Pour faire une cystoscopie complète et surtout « pour déclarer qu'il n'y a pas de tumeur dans une « vessie, pour faire un diagnostic négatif, il faut pou- « voir en examiner toutes les parties, sinon facilement, « du moins d'une façon suffisante ; or, dans l'examen « de la moitié supérieure de la vessie, la portion opti- « que de l'instrument est éloignée du point que l'on re- « garde et le moindre trouble du liquide devient une « source de gros ennuis ; ceci est d'autant plus important « qu'on sait maintenant que ce sont les petites tumeurs « pédiculées, donc les plus difficiles à voir, qui sai- « gnent le plus.

« 2° Pour faire un cathétérisme de l'uretère, il n'est « besoin d'examiner qu'une portion très limitée de la ves- « sie ; quand on a un peu d'habitude, on sait d'avance, « étant donnée la capacité vésicale (et on la connaît « toujours), à peu près à quel point se trouve exacte-

« ment l'orifice urétéral ; on regarde peut-être sur « deux centimètres carrés de vessie et justement le « prisme et la lampe sont très rapprochés du point « considéré ; l'irrigation donc est plus facile et l'in- « troduction d'une sonde dans les uretères permet de « dire si, oui ou non, le sang vient des reins. Si le « sang ne vient pas des reins, c'est qu'il s'agit d'une « tumeur vésicale.

« Naturellement, nous parlons là de cas exception- « nels ; c'est une recherche difficile, il faut avoir, pour « l'exécuter, une grande pratique ; mais il nous a sem- « blé que, dès l'instant que cette exploration est la « seule qui puisse permettre de faire un diagnostic, il « faut la connaître et savoir y avoir recours au be- « soin. »

Il est enfin un dernier renseignement que l'on peut demander au cathétérisme cystoscopique des uretères, pratiqué dans les périodes inter-hématuriques. Il a pour le cas de cancer du rein une certaine importance, mais on y doit aussi penser pour le diagnostic des hématuries rénales en général. Grâce au cathétérisme de l'uretère en effet il est facile de recueillir séparément l'urine de l'un et l'autre rein, et de connaître par l'analyse physiologique, leur état fonctionnel. Si donc l'on découvre par ce moyen une lésion rénale, on se trouve en droit de penser que l'hématurie dont on cherche la source était bien de même origine et produite par le

même rein qui présente d'autre part des troubles sérieux d'élimination.

Ce simple et rapide aperçu suffit à montrer que, si le clinicien possède d'assez nombreux moyens pour lui permettre de faire un diagnostic d'hématurie rénale, il n'en est aucun qui lui donne d'aussi précieux renseignements que la cystoscopie et le cathétérisme uretéral.

CHAPITRE II

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE DE L'HÉMATURIE RÉNALE EN GÉNÉRAL

Nous avons dans le chapitre précédent essayé de montrer comment on peut arriver à localiser dans le rein une hématurie. Dans la pratique, cela ne suffit évidemment pas et le problème se pose plus complexe. Ce n'est plus seulement le fait que l'on doit voir, c'est le phénomène dans tous ses détails, avec ses causes d'abord, puis ses conséquences, c'est en somme le malade qu'il est nécessaire d'examiner et d'étudier aussi attentivement que possible. Nous commencerons donc par énumérer les différentes affections qui peuvent donner lieu à une hématurie rénale.

Elle possède une étiologie fort chargée. Traumatismes, pyrexies graves, intoxications, parasites des pays chauds, rein mobile, grossesse, prostatisme, néphrites chroniques, diathèse goutteuse, hémophilie, enfin et surtout lithiase, tuberculose et cancer, sont autant

d'états pathologiques capables de faire saigner le rein. Nous allons successivement dire un mot de chacun d'eux.

Un *traumatisme* violent de la région lombaire, commotion ou contusion directe, peut déterminer une rupture du rein lui-même ou de quelques-uns de ses vaisseaux et par suite une hémorrhagie dans les voies urinaires. Le diagnostic est alors généralement facile étant donnée la notion du choc. Pourtant, si celui-ci ne semble pas avoir été très grave, il convient d'attendre pour se prononcer. On connaît la tendance qu'ont souvent les malades à reporter à un accident plus ou moins récent les troubles qui les amènent à consulter. Il ne faut pas les suivre sur ce terrain; et d'ailleurs il est bon de se rappeler que, la relation de cause à effet parût-elle bien établie et fondée, le traumatisme peut, malgré tout, n'avoir joué là qu'un rôle de cause occasionnelle.

Certaines *pyrexies* graves, telles que la scarlatine ou la variole, sont quelquefois l'origine de néphrites infectieuses aiguës, qui elles-mêmes produisent des hématuries abondantes. Le symptôme n'est alors qu'un épisode au cours d'une affection très sérieuse qui domine à elle seule la scène, et on ne saurait guère être embarrassé pour en discerner la nature véritable.

Il est une autre variété de néphrites aiguës, ou de congestions rénales, qui souvent s'accompagnent également d'hématuries; nous voulons parler de celles qui

sont dues à des *intoxications*. L'action de la cantharidine sur les reins n'est plus à démontrer. Les balsamiques, quelques sels ou acides minéraux absorbés même à dose thérapeutique, peuvent donner le même résultat. Les reins hyperhémiés à l'extrême laissent filtrer le sang en plus ou moins grande abondance, mais dans ces cas encore le diagnostic est en général facile.

On observe assez fréquemment, dans les pays chauds, une néphrorragie spéciale, endémique, qu'on disait autrefois *essentielle*. Si l'on a des raisons de songer à la possibilité de cette affection, on cherchera, au moyen du microscope, et on trouvera facilement dans le dépôt d'urine des embryons du « *Filarium sanguinis hominis* », des œufs de « *Distoma Hœmatœbium Bilharzi* », ou d' « *Eustrongylus gigas* ». Ces parasites sont la cause de la maladie.

On a signalé, au cours de ces dernières années, des hématuries rénales survenant chez des sujets atteints seulement de *néphroptose*. Le fait est rare, mais il existe. MM. Albarran (1) et Pasteau (2) en rapportent plusieurs cas bien nets. La congestion qui se produit dans le rein devenu mobile suffit à expliquer le phénomène, que d'autre part la néphropexie fait disparaître complètement.

(1) **Albarran**. Annales des maladies des organes génito-urinaires, mai 1898, p. 468.

(2) **Pasteau**. 4e sesion de l'Association française d'Urologie. Paris, 1899, p. 152.

La *grossesse* est quelquefois, elle aussi, la cause d'hématuries rénales. Sans parler de l'influence de cet état sur des reins déjà malades, l'on admet avec MM. Guyon et Albarran (1) que le simple développement d'un utérus gravide est à un certain moment capable de comprimer légèrement les uretères, de produire en amont une stase légère, un peu de rétention et enfin une hématurie par congestion. C'est en effet à une période assez avancée de la grossesse, à partir du quatrième mois et plus spécialement du sixième au huitième mois, qu'on observe le fait, et le diagnostic causal est alors généralement aisé.

Certains *prostatiques*, sous l'influence de l'infection urinaire, voient saigner leur muqueuse vésicale et aussi leur rein. M. Escat (2) l'a démontré dans sa thèse. Sans insister sur ce point, disons seulement qu'il peut être difficile, chez un tel malade, de se rendre compte de façon certaine quelle est la part du rein dans les manifestations hémorrhagiques. En pareil cas, la cystoscopie est appelée à rendre les plus grands services.

Il n'en va plus de même chez les sujets atteints de *néphrite chronique*. Cette affection, évoluant insidieusement pendant fort longtemps, n'est d'ailleurs nullement incompatible avec le développement d'un néo-

(1) **Guyon et Albarran**. 4e session de l'Association française d'Urologie. Paris, 1899, p. 76.

(2) **Escat**. De l'hématurie rénale chez les prostatiques. Th. Paris, 1897.

plasme rénal et comme lui donne lieu à des hématuries. Or, en face d'un malade qui pisse du sang venant du rein et présente d'autre part tout l'ensemble symptomatique décrit par M. le Professeur Dieulafoy sous le nom de « petits signes du Brightisme », on conçoit que l'hésitation soit permise.

Et, dans les cas de ce genre, il est curieux de remarquer que l'importance de l'hématurie n'est pas en rapport avec la gravité de la lésion. Des néphrites en apparence peu graves peuvent donner lieu à des hémorrhagies formidables.

M. Albarran (1), MM. Malherbe et Legueu (2) ont publié ou relaté à ce sujet d'assez nombreuses et intéressantes observations.

Immédiatement après ces cas nous devons ranger ceux dans lesquels l'hématurie se produit sous l'influence de la *goutte* ou du moins coïncide avec elle. Le symptôme alors, de par ses caractères, se rapproche assez d'une manifestation néphritique ou lithiasique et il s'agit en effet de l'une ou l'autre de ces affections, peut-être même des deux. En tout cas, « les hématuries « provoquées par une simple congestion rénale, chez « les goutteux, sont peut-être moins fréquentes qu'on « ne le croit » (Desnos) (3). Et cet auteur rapporte

(1) **Albarran.** 4e session de l'Association française d'Urologie. Paris, 1899, p. 104.

(2) **Malherbe et Legueu.** *Ibidem.*

(3) **Desnos.** 4e session de l'Association française d'Urologie. Paris, 1899, p. 160.

quelques observations dans lesquelles on aurait pu s'arrêter à ce diagnostic, et où l'on trouva au contraire des calculs rénaux.

Les hématuries, causées en réalité par les diverses affections que nous venons d'énumérer, ont été plus d'une fois dites essentielles, dans l'ignorance où l'on se trouvait de leur nature véritable. Aujourd'hui le groupe des hématuries *sine materia* se restreint de plus en plus. Est-ce à dire pour cela qu'il n'en existe pas ? Nous n'avons évidemment pas l'intention de trancher la question, et nous ne ferons qu'exposer sans conclure les différentes opinions. MM. Malherbe et Legueu (1) refusent à l'hématurie essentielle tout droit d'existence. A cet avis se rangent MM. Tedenat (2), Boursier (3) et Loumeau (4), apportant à leur idée chacun leur tribut de preuves. M. Castan (5), par contre, pense qu'il existe au niveau du rein des hématuries sans aucun *substratum* anatomo-pathologique. Dans les cas de ce genre, peut-être cependant pourrait-on voir la cause en une auto-intoxication.

De cette catégorie de faits se rapprochent les hématuries *hémophiliques*. Les observations n'en sont pas nombreuses et on a souvent qualifié tels des faits dont

(1) **Malherbe et Legueu**. *Loc. cit.*

(2) **Tedenat**. 4e session de l'Association française d'Urologie. Paris, 1899, p. 90.

(3) **Boursier**. *Ibidem*, p. 109.

(4) **Loumeau**. *Ibidem*, p. 125.

(5) **Castan**. *Ibidem*, p. 143.

la nature n'était nullement établie. M. Imbert (1), en a cependant publié un cas qui paraît à ce point de vue démonstratif; mais, si l'on a quelquefois le droit de penser à cette diathèse, il ne faut pas oublier qu'elle est en somme fort rare. Elle ne produit guère d'ailleurs ses effets uniquement du côté du rein et à l'exclusion des autres organes; et on ne doit jamais rejeter complètement, en sa faveur, la possibilité d'un lésion rénale à son début.

Tous les états pathologiques que nous venons de passer rapidement en revue ne donnent lieu que rarement à l'hématurie; ce symptôme est loin de s'y manifester constamment. Nous arrivons maintenant, avant que d'étudier encore la néphrorrhagie des néoplasiques, à deux affections fréquentes qui très souvent, elles, déterminent le pissement de sang. Ce sont la lithiase et la tuberculose.

Il est facile de concevoir que le rein saigne sous l'influence de *calculs* développés à son niveau. Par leur migration, aussi bien que par la simple action de leur présence, ces derniers lésant les vaisseaux ou les congestionnant, produisent l'extravasation : rien de plus naturel. La forme graveleuse de la maladie ne cause pas toujours et forcément cet accident; mais il ne manque point si la ou les pierres sont un peu volumineuses. C'est à l'occasion d'un brusque mouvement, après une

(1) **Imbert.** 4e session de l'Association française d'Urologie. Paris, 1899, p. 120.

marche fatigante, sous l'influence des secousses d'une voiture, que tout à coup le malade éprouve dans la région lombaire une vive douleur à laquelle s'ajoute ou succède bientôt une hématurie, qui du reste est légère et transitoire. Le phénomène, explicable par le déplacement subit d'un calcul, est alors nettement subordonné à cette cause, car il cesse généralement presque aussitôt qu'elle, grâce au repos. Lorsqu'elle est liée à une crise véritable de colique néphrétique, l'hématurie peut précéder, accompagner ou suivre cette crise. Ici encore elle est peu abondante et disparaît assez vite. Mais surtout elle fait partie d'un complexus symptomatique si frappant que le diagnostic n'a guère de chances de s'égarer.

La *tuberculose*, enfin, n'est pas l'un des moindres facteurs de l'hématurie rénale. Lorsque celle-ci se manifeste au début de l'affection, alors que sont relativement peu avancées les lésions anatomo-pathologiques, elle paraît être d'ordre congestif et parfaitement comparable aux crachements de sang, aux hémorrhagies que l'on observe à la période initiale de la tuberculisation des sommets pulmonaires. Cette « hémoptysie du rein » (Brissaud) se présente quelquefois avant tout autre signe et peut même rester longtemps isolée. Préciser sa cause est alors assez difficile, ses caractères avoisinant par plus d'un point ceux de l'hématurie néoplasique.

La notion des antécédents personnels et héréditaires

du malade, l'auscultation attentive de ses poumons, et plus particulièrement l'examen soigneux et complet de son appareil génito-urinaire seront alors pour la solution du problème de précieux adjuvants.

Il est enfin une dernière cause d'hématurie rénale, qui nous intéresse plus spécialement dans ce travail : le *néoplasme du rein*. Nous allons l'étudier au chapitre suivant.

CHAPITRE III

ÉTUDE DE L'HÉMATURIE DANS LES NÉOPLASMES DU REIN

Dans toutes les affections du rein que nous venons de passer en revue, l'hématurie, assez fréquemment observée, apparaît dans des conditions particulières, avec des caractères spéciaux qui peuvent être, au point de vue du diagnostic de chacune d'elles, plus ou moins signfiicatifs. Le cancer du rein est lui aussi souvent la cause de pissements de sang (1). Le symptôme se présente dans ce cas sous des formes assez diverses et que l'on peut ranger en deux catégories : selon qu'il est *typique* ou qu'il se montre pour ainsi dire *anormal*.

Essayons premièrement de dessiner le schéma de l'hématurie rénale néoplasique, et prenons par exemple pour type un sujet adulte.

(1) Sous le terme de cancer du rein, nous comprenons en ce travail — au moins pour ce qui a trait à la valeur de l'hématurie — les néoplasies développées au niveau du bassinet et de la partie supérieure de l'uretère. Le symptôme se montre, en effet, dans ces différentes localisations, assez semblable à lui-même.

Voir à ce sujet :

Albarran. Ann. des Maladies des organes genito-urinaires. 1900.

A. Cas dans lesquels l'Hématurie est typique.

Un homme dont la santé a toujours été excellente est pris tout à coup sans cause apparente d'une hémorrhagie totale, abondante. Il consulte et, grâce aux moyens dont j'ai parlé plus haut, on acquiert la certitude que cette hémorrhagie est bien d'origine rénale. Le phénomène persiste pendant cinq ou six jours, quelquefois précédé d'une sensation de gêne dans la région lombaire; mais en somme, dans les cas ordinaires, la douleur n'est pas absolument comparable à la crise vraie de colique néphrétique.

Cette sensation pénible disparaît du reste assez rapidement et, peut-être, dès que le caillot uretéral qui la cause est expulsé et que le sang se montre. Bientôt, tout rentre dans l'ordre et le calme renaît. La palpation du rein méthodiquement pratiquée est restée négative. Des semaines, des mois se passent. Le sujet oublie presque ce qu'il croit n'avoir été qu'un accident sans importance, quand brusquement l'hémorrhagie se reproduit comme la première fois, sans raison pour ainsi dire et aussi abondante.

Elle n'a pas été occasionnée par un traumatisme, par une fatigue excessive; d'autre part le repos ne l'arrête pas, ne la calme nullement. Mais à ce moment on s'aperçoit souvent que le rein est devenu perceptible à la pression profonde; on constate la présence d'une tumé-

faction, d'une tumeur peut-être. Cette manœuvre ne va pas quelquefois sans déterminer ou réveiller au niveau de l'organe une douleur plus ou moins vive, souvent sourde et irradiée, que le malade ressent alors presque continuellement à mesure que se développe la lésion. Dès lors se trouve constituée une triade symptomatique : *hématuries*, *tumeur* et enfin *douleur* (lorsqu'elle est présente), tout en faveur d'un néoplasme du rein.

Ce n'est là qu'une rapide esquisse. Nous l'avons faite volontairement très schématique, et nous n'ignorons pas que dans la pratique les faits se présentent autrement compliqués. Si nous les rapprochons de la sorte, jusqu'à les confondre en un seul type, c'est pour obtenir quelque chose comme une superposition d'images, une réduction dans laquelle se distingueront plus nettement les traits principaux de l'hématurie rénale néoplasique. En somme brusquerie du début, absence de cause bien sensible et de grande douleur concomitante, abondance que ne modifient ni le repos ni la fatigue, accalmies puis réapparitions spontanées, tels sont en quelques mots les caractères généraux de ce symptôme.

Les observations que nous publions plus loin (1) montrent des hématuries qui se présentèrent de cette façon pour ainsi dire normale. C'est ainsi souvent que les choses se passent et les faits de ce genre sont loin d'être

(1) V. observations I, II et III, pp. 58-59-60, et observations XVIII, XIX et XX, pp. 79-81-84.

rares. Si nous n'en rapportons pas davantage c'est, nous l'avons dit, que nous n'avons pas pour but de faire de la statistique; et peut-être d'ailleurs la conviction naît-elle plutôt de la qualité que du nombre des cas étudiés.

B. Cas dans lesquels l'Hématurie est anormale.

L'hématurie rénale, telle que nous venons de la décrire, correspond aux cas les plus fréquents de néoplasme. Mais, considérer qu'elle se présente toujours de la même manière et avec la même abondance, qu'elle est *une*, enfin, serait inexact. Si l'on aborde en effet l'étude de chaque cas en particulier, on ne tarde guère à s'apercevoir que le symptôme se montre sous des aspects fort divers, suivant des modalités souvent déconcertantes, et on arrive à en conclure plus justement qu'il existe non pas *une* mais *des* hématuries rénales de cause néoplasique. Il nous reste donc pour être complet, à passer en revue ces différentes modalités, et à examiner successivement les hématuries au point de vue de leur *apparition*, dans leur *évolution* et au milieu de leurs *associations symptomatiques*.

1° *Modalités d'apparition.*

Nous comprenons ici non seulement le début de chacune des crises hématuriques, mais encore et surtout le début même de la crise initiale.

Il est d'abord des cas de néoplasme rénal dans lesquels le pissement de sang, perdant le caractère de spontanéité qu'il possède ordinairement, apparaît au contraire chaque fois à l'occasion de la marche, de la fatigue, d'une secousse ou d'un choc. Et cela le rapproche assez de l'hématurie typique de la lithiase rénale (1).

Dans quelques autres cas c'est rapidement et même immédiatement après un traumatisme ayant intéressé la région des reins que débute l'hématurie. Cette notion de cause, que les malades sont les premiers à invoquer, semble de prime abord véritablement troublante. Est-elle efficiente ou simplement occasionnelle? Ces deux mots résument toute la question.

L'état général était ou paraissait être parfait lorsque s'est produit l'accident, et depuis tout a changé. Un cortège symptomatique s'est formé, dont l'hématurie tient la tête. L'un des sujets affirme même avoir senti *dès* le jour fatal une grosseur qui n'existait pas auparavant (2). Quoi qu'il en soit, la santé s'altère progressivement, et le chirurgien reconnaît la présence d'une tumeur rénale.

Lorsque les faits se présentent de la sorte, si, étant donné le mode d'apparition de l'hématurie, on peut tout d'abord admettre la possibilité d'une simple rupture vasculaire post-traumatique ayant déterminé l'extrava-

(1) V. observation V, p. 63.

(2) V. observations VI, VII et VIII, pp. 64-65-68.

sation sanguine, on ne saurait longtemps soutenir ce diagnostic. La marche, l'évolution du symptôme deviennent telles en effet qu'on doit vraisemblablement le rattacher à un cancer du rein. Mais, en somme, on a le droit de penser — et c'est assez probable — que le choc a contusionné et fait saigner un néoplasme préexistant, puis, comme par une sorte de coup de fouet, précipité son évolution. Cette explication paraît d'autant plus acceptable que l'on sait combien est lente l'évolution de certains cancers séniles, qui en outre ne saignent que très tard. Le traumatisme agit donc là seulement comme cause occasionnelle : la marche de l'affection ne tarde guère à le démontrer.

2° *Modalités d'évolution.*

Lorsqu'un malade atteint de néoplasme du rein a fait une première hématurie, il est rare que le phénomène ne se renouvelle point. Le sang peut ne réapparaître pour la seconde fois que longtemps après, mais en général les périodes de calme ne s'étendent guère au-delà de quelques mois. Il est des cas cependant dans lesquels on voit s'écouler non plus des mois mais des années sans que l'urine se montre de nouveau sanglante. Quelquefois même une première hématurie reste dans tout le cours de l'affection, hématurie unique. Si pourtant beaucoup plus tard, après un tel accident dont le souvenir est déjà lointain, le malade vient à présenter un ou plusieurs

autres signes de cancer du rein, on devra tenir grand compte, au point de vue du diagnostic, de ce commémoratif éloigné (1).

L'hématurie, dans son évolution, peut encore s'écarter du type normal en ce sens qu'elle est peu abondante. On trouve l'urine à peine teintée ; de rares filets de sang, de minuscules caillots constituent à eux seuls toute l'hémorrhagie. Cela véritablement ne ressemble que d'assez loin à l'hématurie néoplasique. Pourtant, en étudiant de près le phénomène, en examinant soigneusement les conditions dans lesquelles il se montre, il n'est pas impossible d'éliminer l'une après l'autre toutes les lésions capables de le faire naître et de le rattacher à sa cause réelle.

Il existe aussi des cas dans lesquels les manifestations hématuriques semblent, à première vue, subordonnées dans leur évolution même à des influences spéciales, telles que le repos ou la fatigue. Or on sait que c'est là un des caractères des hémorrhagies rénales chez les calculeux, et le diagnostic est par là-même rendu plus délicat. Ces derniers, d'autre part, lorsqu'une secousse quelconque ou la marche déplace leur pierre, éprouvent généralement avant de pisser le sang une douleur aiguë, paroxystique, qui leur permet de prévoir à bref délai l'apparition de l'hématurie. On n'observe rien de semblable chez les néoplasiques ; et leurs hématuries, pour

(1) V. observations X et XI, pp. 68-70.

atypiques qu'elles puissent paraître à un point de vue particulier, ne le sont jamais entièrement et jusqu'à faire méconnaître l'affection.

Enfin, certaines hématuries rénales de même nature se produisent avec une abondance telle qu'on n'a pour ainsi dire pas le temps de les étudier et de les discuter. Dès que leur source est reconnue de façon certaine, il faut opérer d'urgence. C'est seulement alors qu'on a vu le rein, qu'on l'a incisé, qu'il est possible de poser le diagnostic. On est quelquefois même obligé dans ce but d'avoir recours à l'examen histologique de fragments du tissu rénal (1).

3° *Modalités d'associations symptomatiques*

Dans un grand nombre de cas, enfin, l'hématurie ne se montre plus symptôme isolé. Elle s'accompagne au contraire d'autres modifications morbides, qui même quelquefois peuvent la devancer. Ces associations sont de deux sortes. Les unes, ne se produisant guère que lorsqu'existe un néoplasme du rein, mettent sur la voie du diagnostic : ce sont la *tumeur*, le *varicocèle* et aussi certaines *douleurs* peu intenses qu'on ne saurait attribuer à une cause différente plausible. Les autres sont tout à fait capables de dérouter le clinicien : nous voulons parler des *crises néphrétiques*, de la coexis-

(1) V. observations XI et XII, pp. 70-71.

tence d'une *albuminurie*, d'une *cystite* et d'autres *hémorrhagies* graves inexplicables. Nous les étudierons dans cet ordre.

a) Quelques malades font remarquer qu'avant l'apparition du moindre pissement de sang, ils se sont aperçus qu'une *grosseur* se développait en l'un de leurs hypochrondres. Ils s'en inquiétaient assez peu, lorsque survint une hématurie qui pour eux fut en quelque sorte un signal et les poussa à consulter. Le chirurgien trouvant un rein volumineux et bosselé n'eut alors pas de peine à reconnaître un néoplasme de cet organe (1).

On sait d'autre part toute l'importance que M. le Professeur Guyon a attribuée à l'apparition d'un *varicocèle*, principalement du côté droit. Sans vouloir en faire un signe pathognomonique, il est bon, toutefois, de tenir compte de cette manifestation, ou de son accroissement rapide, chez un sujet jusque là indemne ou peut atteint en ce sens (2).

L'élément *douleur*, noté pourtant dans la plupart des cas, n'a que peu d'importance si on le considère en lui-même. Il ne vaut que par les conditions spéciales dans lesquelles il se montre. Or, la douleur apparaît quelquefois longtemps après les premiers pissements de sang, et pas plus que ceux-ci elle n'est provoquée par les secousses ou calmée par le repos. Si intenses d'ailleurs

(1) V. Observations XIII et XIV, pp. 71-73.

(2) V. Observation XV, p. 74.

que les malades la disent, elle ne fait que rarement songer aux coliques de la lithiase rénale, ou du moins on ne s'arrête pas à cette idée. En face d'un malade en période hématurique et qui souffre beaucoup dans la région lombaire, on se rappelle que le sang, stagnant dans l'uretère, a pu s'y prendre en masse et déterminer au niveau du rein une rétention spéciale, fort douloureuse; et en effet cette douleur cesse bientôt ou diminue par l'expulsion, non de graviers, mais de caillots allongés (1).

b) Sans nous attarder davantage sur ces manifestations qui ne peuvent que faciliter le diagnostic, nous arrivons à une autre variété d'associations symptomatiques capables, elles, de dérouter le clinicien.

Nous disions tout à l'heure que certaines *douleurs lombaires* continues, mais sourdes et peu intenses, coïncidant d'autre part avec des hématuries du type néoplasique, devaient faire songer au cancer du rein. Il est par contre des cas dans lesquels la douleur, revêtant un caractère d'acuité excessive et devenant paroxystique, se rapproche beaucoup d'une manifestation lithiasique. C'est là une des raisons pour lesquelles M. Albarran (2), dans l'observation que nous rapportons plus loin, s'était arrêté à l'hypothése probable d'un calcul (3).

(1) V. Observations XVI, XVII, XVIII, XIX, XXX et XI, pp. 75-77-79-81-84.

(2) **Albarran.** Annales des maladies des organes génito-urinaires. Mai 1898.

(3) V. Observation V, p. 63.

La douleur peut se présenter encore sous une autre forme. S'irradiant dans la vessie elle attire alors l'attention de ce côté. Il est assez simple d'éliminer une affection de cet organe ; mais d'autre part on conçoit facilement qu'une *cystite* douloureuse et hémorrhagique coexiste avec un néoplasme du rein. Il faut en ce cas y regarder de très près si l'on ne veut pas, s'attachant uniquement aux lésions vésicales, négliger l'affection rénale ; et il est nécessaire d'avoir recours pour cela à la cystoscopie et au cathétérisme uretéral.

Une autre manifestation symptomatique qui n'aide nullement le diagnostic, au contraire, est la constatation dans l'urine claire, en dehors des périodes hématuriques, d'une certaine quantité d'*albumine*. Il semble alors très délicat de se prononcer et l'on peut rester dans le doute, étant donnée l'absence de tout signe important de néoplasme rénal (1).

Enfin nous avons recueilli, dans la clinique de M. le Professeur Guyon, l'histoire curieuse d'un homme qui, avant toute hématurie, avait eu une épistaxis grave et une hémorrhagie anale abondante, l'une et l'autre sans aucune raison apparente (2).

Encore une fois, nous ne voulons point nous prononcer dans la question controversée de l'hémophilie, mais il est de fait que certains sujets saignent facilement et

(1) V. Observations XXIII et XXIV, p. 89-90.
(2) V. Observation XXV, p. 92.

souvent, sans que rien n'explique cette tendance. Bien rares d'autre part sont les néphrorragies *sine materia* ; et la plupart du temps l'examen attentif du malade ne tarde guère à faire reconnaître au niveau du rein un autre signe, tumeur ou douleur, qui joint à l'hématurie autorise le clinicien à poser le diagnostic de néoplasme rénal.

En somme, et pour résumer brièvement ce chapitre, dans le cancer du rein l'hématurie reste souvent pendant assez longtemps symptôme unique. Par son mode d'apparition, par son évolution même, elle peut être jusqu'à un certain point déconcertante. Enfin, elle s'associe fréquemment à d'autres manifestations morbides qui sont ou non significatives. Mais, malgré qu'elle paraisse en plusieurs cas quelque peu voilée, il est bien rare cependant de ne pouvoir distinguer en elle aucun trait de la physionomie propre qu'on lui connaît habituellement.

CHAPITRE IV

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'HÉMATURIE AU POINT DE VUE D'UN NÉOPLASME RÉNAL

Hématurie, tumeur, douleur sont les trois grands signes de néoplasme du rein. Ils constituent, lorsqu'ils sont réunis, une triade symptomatique de la plus haute importance. Mais leur réunion, évidemment suffisante, est-elle également nécessaire pour poser le diagnostic ? Voyons, pour résoudre cette question, quelle est la valeur comparée de chacun d'eux.

1° Voici tout d'abord la *douleur*. Un malade souffre dans la région lombaire, dans l'un ou l'autre hypochrondre. On conviendra que ce phénomène, considéré isolément, peut faire songer le clinicien à tout autre chose qu'à un cancer du rein. La douleur est trop fréquente dans les maladies du rein, ses causes sont trop nombreuses et variées pour qu'on ait le droit de la considérer comme un bon symptôme de l'affection qui

nous occupe. Elle n'a donc que bien peu de valeur par elle-même, et ne devient intéressante, au point de vue du diagnostic, que par son association avec l'un ou l'autre ou ses deux congénères.

2° La *tumeur*, qu'on a coutume de désigner comme le symptôme capital des néoplasmes rénaux, l'est sans aucun doute en effet dans nombre de cas. Mais il convient d'établir une distinction et de l'envisager suivant qu'elle est très volumineuse ou peu développée encore.

Certains cancers du rein évoluent avec une rapidité extraordinaire. C'est spécialement chez les enfants qu'on observe le fait. La tumeur, s'accompagnant du reste assez rarement d'hématurie, marche assez vite pour remplir en peu de temps la plus grande partie de la cavité abdominale. Le diagnostic, de par sa facilité même, est alors d'un faible intérêt, étant donnée surtout l'utilité pratique qui en découlera. C'est pour cette raison que nous avons volontairement laissé de côté, dans ce travail, l'étude des néoplasmes rénaux infantiles.

Moins volumineuse, la tumeur, principalement lorsqu'elle est associée aux deux autres symptômes et en particulier à l'hématurie, permet encore de poser le diagnostic. Mais il faut considérer qu'un néoplasme du rein, pour devenir perceptible à la palpation ou à la pression, doit avoir atteint déjà un développement assez considérable. Si donc l'on attend, pour avoir une certitude, ou du moins pour avoir plus nettement l'in-

dication opératoire, cette constatation de la tumeur, on risquera fort d'intervenir trop tard, alors que l'extension ou la propagation aux voies lympathiques auront rendu très grave le pronostic. Et ceci, en réalité, enlève au symptôme *tumeur* une grande partie de sa valeur pratique.

3° Il n'en va plus de même pour l'*hématurie*. D'abord, d'une façon générale, en raison de sa fréquence, l'hématurie possède dans les néoplasmes du rein une valeur considérable.

On observe souvent le pissement de sang chez les malades atteints de cancer du rein. Dans une thèse récente, M. Denaclara (1), réunissant un total de 409 observations, a trouvé le symptôme 146 fois présent. Le pourcentage moyen, 35 o/o environ, descend à 28 o/o dans l'ensemble des cas infantiles, mais s'élève chez les adultes à l'édifiante proportion de 65 o/o et davantage. Cette étude statistique, dont nous résumons ici en deux mots un simple point, est par elle-même suffisamment éloquente, car il est évident qu'un symptôme noté dans les 2/3 ou les 3/4 des cas (2) mérite d'être considéré comme ayant une importance de tout premier ordre.

Ce n'est là qu'une vue d'ensemble, s'appliquant à la totalité des faits, mais qui de plus invite à entrer dans le détail et à examiner ces derniers séparément. Nous

(1) **Denaclara**. Thèse de Lyon, 1899.

(2) **Sottas**. *In* Manuel de Médecine (Debove et Achard). Paris, 1893. T. VI, p. 697.

devons donc envisager la valeur diagnostique de l'hématurie dans ses diverses modalités étudiées au chapitre précédent ; mais, pour plus de clarté, nous ne distinguerons ici que deux groupes de faits : ceux dans lesquels le symptôme se montre associé aux autres signes de cancer du rein, et ceux dans lesquels il est l'unique manifestation de cette maladie.

A. — Valeur des Hématuries rénales associées aux autres symptômes du néoplasme.

Comparée aux deux autres grands symptômes du cancer du rein, l'hématurie se trouve donc être le symptôme capital au point de vue du diagnostic de cette affection. Nous avons vu, en effet, que la *douleur*, trop fréquente, ne peut guère à elle seule donner de bonnes indications, et que la *tumeur*, trop souvent tardive, ne permettait d'avoir la certitude qu'à une époque avancée, c'est-à-dire alors que les chances d'une intervention sont devenues très problématiques. Mais si une hématurie du type néoplasique précède ou accompagne des manifestations douloureuses, si elle vient d'un rein que l'on commence à sentir, *elle double de sa valeur propre la valeur de ces deux signes*, qui sans elle seraient incapables de motiver le diagnostic.

Mais nous savons que, dans certains cas, à l'héma-

turie se joignent par exemple des symptômes de brightisme ou d'autres affections coïncidentes capables de faire oublier ou méconnaître la principale, c'est-à-dire le néoplasme. Le rein peut évidemment saigner sous l'influence de lésions bien diverses, mais ces saignements peuvent aussi n'être point identiques à celui que produit le cancer. Il y a donc avantage à examiner avec soin, ici comme en tous les cas, les caractères du pissement de sang. Nous ne voulons pas dire que cela suffira à éliminer toujours toute cause d'erreur ; le diagnostic cependant n'en sera que plus aisément et plus sûrement posé.

B. — Valeur des Hématuries rénales non associées aux autres symptômes du néoplasme.

L'hématurie dans les néoplasmes du rein apparaît souvent avant toute autre manifestation sensible de cette affection. Elle est donc alors à la fois symptôme de début et symptôme unique ; et c'est en ces cas que se révèle le plus et le mieux son importance.

Il lui arrive cependant, nous l'avons dit, de s'écarter à son début du caractère de spontanéité qu'on lui connaît. C'est par exemple après un traumatisme de la région lombaire que le sang s'est montré pour la première fois dans les urines. Sans revenir sur la question

de cause occasionnelle ou efficiente, nous pensons que rapidement on est fixé à cet égard, tout simplement par la marche de l'hématurie. Si elle est traumatique en effet, elle peut être fort abondante et par là-même menace immédiatement la vie, ou au contraire très légère et alors elle disparaît bientôt complètement pour ne plus revenir. Cela ne ressemble en rien à ce qu'on observe dans la néphrorrhagie néoplasique.

Mais en somme, et puisque nous nous occupons ici surtout de la *néphrorrhagie première*, de quelque façon qu'elle apparaisse, c'est elle qui inquiète surtout le malade et le fait consulter. C'est elle qui attire l'attention du clinicien sur l'appareil urinaire et le rein en particulier. C'est elle enfin, qui par ses caractères de spontanéité, d'abondance, de durée et de répétition, fait songer à un néoplasme de cet organe. Elle est "*dénonciatrice*" dit M. le Professeur Guyon ; car, ajoute-t-il, « les cas où l'hématurie rénale se présente avec des « caractères analogues à ceux de l'hématurie des néo- « plasmes, mais sans néoplasmes, resteront l'exception, « j'oserais dire la très rare exception. » (1)

Puis donc qu'elle peut être caractéristique, *l'hématurie, alors même qu'elle est le seul symptôme, permet de faire d'une façon précoce, tout près du début, le diagnostic de l'affection.* Et, sachant d'autre part com-

(1) **Guyon.** Ann. des mal. des organes génito-urinaires. Janvier 1900.

bien sont nombreux les cas dans lesquels elle se montre de longues années avant tout autre signe sérieux, on comprend facilement que son importance est capitale. Que le rein d'ailleurs puisse saigner et saigne en effet nombre de fois sans être en aucune sorte atteint de dégénérescence cancéreuse, cela n'est point douteux. Mais ne fit-elle, — et c'est là en somme son véritable rôle, — ne fit-elle, disons-nous, que dénoncer une lésion de l'organe, on arrive grâce à l'hématurie, et par voie d'éliminations successives, à définir assez nettement la nature de cette lésion et en particulier à reconnaître le néoplasme.

De tout ceci découle naturellement la grande importance, la haute valeur de l'hématurie ,lorsqu'il s'agit de rechercher et de diagnostiquer une tumeur maligne développée au niveau du rein. Une étude méthodique et raisonnée de ce symptôme donne à qui sait l'utiliser les renseignements les plus précieux.

CHAPITRE V

VALEUR PRONOSTIQUE DE L'HÉMATURIE AU POINT DE VUE D'UN NÉOPLASME RÉNAL

Il nous reste à rechercher maintenant les indications que peut fournir l'hématurie au point de vue du pronostic et du traitement d'un néoplasme du rein.

Livrée à elle-même cette affection aboutit fatalement à la mort. Mais il s'écoule d'ordinaire un temps assez long entre l'apparition des premiers accidents et le terme ultime. Nous ne parlons pas bien entendu de la généralité des cas infantiles, dans lesquels le développement de la tumeur est très rapide. Chez les adultes la marche est plus lente. Les auteurs parlent communément d'une durée moyenne de trois à quatre ans ; d'autre part M. le Professeur Guyon (1) est d'avis que cette durée dépasse fréquemment ce chiffre, et nombreuses sont les

(1) **Guyon**. Annales des mal. des org. génito-urinaires. Janvier 1900.

observations qui semblent lui donner raison. Quoiqu'il en soit, la bénignité du pronostic s'accroît en raison inverse de la vitesse d'évolution de la maladie. C'est qu'en effet l'ablation du rein atteint est seule capable de retarder ou d'empêcher l'apparition de manifestations graves et qui vont devenir mortelles. Le malade guérira-t-il, ou tout au moins pourra-t-il reculer sa fin de très notable façon ?... Cela ne dépend absolument que de l'acte chirurgical ; et, dans les conditions qui font que ce dernier est ou n'est pas exécutable, se résume tout le pronostic.

Toute opération présente des chances de succès d'autant plus sérieuses qu'elle est pratiquée à une période plus rapprochée du début de l'affection, alors que celle-ci, encore peu développée, n'a pas impressionné trop profondément l'organisme, l'état général du sujet. C'est là un principe général, presque un axiome, et qui s'applique parfaitement au cas qui nous occupe : au néoplasme du rein. « Il importe, dit M. le Professeur « Guyon, de rechercher les éléments qui permettent « de trouver le *point de décision*, et de faire, à propos, « abandon ou usage du droit bien établi d'opérer quand « il le faut. »

Ces éléments sont nombreux et de natures diverses ; mais quel est au milieu d'eux le rôle de l'hématurie ? Il convient ici encore d'envisager ce symptôme suivant qu'il existe seul, ou qu'il est associé à une ou plusieurs

autres manifestations graves de la dégénérescence cancéreuse.

En ce dernier cas, sa valeur paraît peu susceptible de donner matière à discussion : on trouve ailleurs les indications voulues. Toutefois, si par son abondance et sa répétition le pissement de sang menace à bref délai la vie, le chirurgien peut avoir la main forcée et voir là une impérieuse nécessité de pratiquer une opération, même s'il pense que celle-ci sera uniquement et pour peu de temps palliative.

Quand d'autre part l'hématurie se montre le premier et reste le seul symptôme, très différente et bien plus considérable est alors sa valeur pronostique.

Qu'on se rappelle, en effet, toutes les indications données par l'étude minutieuse du pissement de sang, au point de vue du diagnostic d'un néoplasme rénal. On connaît son rôle « *dénonciateur* » ; on sait qu'il suffit, assez souvent, de se rendre compte qu'un malade saigne du rein, pour avoir le droit d'affirmer, presque à coup sûr, que cette hémorrhagie, se produisant suivant un mode spécial, est sous la dépendance d'un cancer de l'organe, même lorsque sont négatifs les moyens ordinaires d'exploration directe. Puisqu'en somme l'hématurie est capable à elle seule de révéler la présence d'une tumeur que son volume, trop faible encore, ne permet pas de sentir, on conçoit dès lors facilement tout l'intérêt pronostique d'un tel symptôme. C'est lui qui, en premier lieu, pose l'indication de l'enlève-

ment du rein ; et il a le mérite immense de le faire au moment où cette opération aura précisément le plus de chances d'être curative : alors et étant donné que la dégénérescence est encore peu accusée, qu'il n'y a pas d'extension ou de généralisation.

Et ainsi, par l'étude attentive des hématuries, et en se basant sur la haute valeur diagnostique qu'on leur doit reconnaître, en certains cas, au point de vue du cancer du rein, le chirurgien peut intervenir à propos et offrir au malade un maximum de chances pour que soit curative l'opération. C'est, à l'heure actuelle, le meilleur et le plus sûr moyen de modifier dans un sens moins défavorable le pronostic, en général si fâcheux, du néoplasme rénal.

OBSERVATIONS

Observation I. Jaccoud (1)
(*Résumée*)

P..., François, âgé de 52 ans, entré à l'hôpital Beaujon, service de M. Robert, le 9 février 1858, est fortement constitué.

Il y a sept ans (1851) étant en Suisse, il fut pris un soir d'un profond malaise avec un violent mal de tête qui dura toute la nuit ; le lendemain cet état s'était un peu amendé, mais le malade s'aperçut qu'il pissait du sang presque pur. A partir de cette époque il n'est jamais resté trois jours de suite sans uriner plus ou moins de sang, mais il ne souffrait pas des reins et éprouvait seulement des picotements au bout de la verge. Malgré cet état il continua ses affaires pendant cinq ans et demi avec la même activité. Il y a dix-sept mois il fut pris tout à coup d'une douleur violente continue dans le flanc gauche, douleur qui n'a pas cessé depuis, et lui a rendu la respiration extrêmement pénible. Dix mois se passèrent ainsi pendant lesquels le malade a perdu ses forces et maigri, tandis que son teint prenait une couleur jaune-

(1) **Jaccoud** (*Bull. de la Soc. anat.* 1858).

paille. Il s'aperçut, il y a sept mois, pour la première fois, qu'il portait une tumeur que son médecin attribua à la rate et qualifia même d'abcès de cet organe. Il n'y a que cinq semaines que le malade a commencé à souffrir du côté du foie.

La palpation, la percussion indiquent une tumeur amollie, d'un volume un peu inférieur à celui d'une tête de fœtus. Le foie est volumineux. Les urines sont rouges, épaisses, et contiennent, en même temps que des caillots, quelques détritus organiques pulpeux. Diagnostic : cancer du rein gauche, tumeur du foie probablement de même nature.

Le malade mourut le 16 février sans avoir présenté aucun phénomène nouveau. Le diagnostic fut confirmé à l'autopsie.

Observation II. Ballard (1)
(*Résumée*)

Dame, âgée de 70 ans, eut pendant deux ans de fréquentes attaques d'hématurie. Dans les intervalles les urines étaient pâles, de densité faible. Un an seulement avant la mort de la malade on découvrit la présence d'une tumeur de la région lombaire gauche, tumeur qui s'accrut progressivement.

Dernièrement l'hématurie cessa complètement. Les autres symptômes consistèrent en une douleur pénible au niveau de la tumeur, des mictions fréquentes avec sensation de brûlure au niveau de l'urèthre.

Les forces de la malade diminuèrent graduellement, et elle succomba à la suite d'un épanchement pleural.

L'autopsie démontra la présence d'un cancer du rein.

(1) **Ballard** (*Transact. of pathol. soc.* 1859).

Observation III, Coyne et Troisier (1)
(*Résumée*)

G... Alexis, âgé de 45 ans, salle Saint-Michel, n° 25, Hôpital de la Pitié, service de M. Molland.

Ce malade eut depuis une année quatre ou cinq hématuries. Il continua à travailler et n'entra à l'hôpital qu'à la dernière extrémité, le 20 mai 1871.

Nouvelle hématurie le 1er juillet. Pas de douleur spontanée.

Le 8 juillet les urines sont redevenues claires. Le 12, hématurie peu abondante. Le 4 septembre les urines sont de nouveau sanguinolentes. L'hématurie devient permanente à partir de cette époque et persiste jusqu'à la mort.

La pression de l'abdomen n'était pas douloureuse. Le malade ne se plaignit jamais de douleurs lombaires. On note à la date du 12 septembre que le décubitus latéral droit est devenu fatigant et ne peut être prolongé.

Le 14, frisson de trois à quatre heures. Douleur pongitive survenue subitement dans l'hypochondre gauche. La pression et la percussion sont douloureuses au niveau des fausses côtes gauches, en arrière. Mort dans le collapsus, le 21 septembre, à la suite d'accidents péritonéaux.

Autopsie. — Après avoir enlevé le paquet intestinal on aperçut, à la place du rein gauche, une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête de fœtus à terme environ. Tumeur bosselée se présentant à la coupe sous forme de nodules jaune-rougeâtres dont la partie centrale s'écoulait en bouillie.

(1) **Coyne** et **Troisier** (*Bull. de la Soc. anat.* 1871).

Observation IV. Albarran (1)

Il s'agit d'un homme de 51 ans, couché salle Velpeau, n° 14, d'apparence robuste et ayant joui d'une santé parfaite jusqu'à l'année dernière. Il y a un an environ, il fut pris de douleurs dans la région lombaire droite, douleurs irradiant dans les aines, survenant par crises et présentant les caractères habituels des coliques néphrétiques.

A cette époque la douleur fut le seul symptôme observé ; elle ne fut accompagnée ni d'hématuries, ni de troubles de la miction. Le malade eut ainsi cinq crises purement douloureures, du mois de mars au mois de décembre 1897.

Le 23 décembre, il y à deux mois et demi environ, il ressentit tout à coup de violentes douleurs dans la région lombaire droite, irradiant dans l'aine. Immédiatement après se montre pour la première fois une hématurie totale abondante, de sang rutilant, mais sans caillots. L'hématurie dure un jour, puis les urines redeviennent abondantes et claires. Quelques jours après, nouvelle hématurie totale, durant un jour, et depuis le 23 décembre jusqu'au 20 janvier, de semblables hématuries durant un ou deux jours se reproduisent à quatre ou cinq jours d'intervalle, toujours annoncées par des douleurs lombaires.

Le 20 janvier 1898, nouvelle crise. Le jour même du début, le malade vient à l'hôpital Necker. Depuis le 20 janvier, date de son entrée, jusqu'au 25 février, l'hématurie continue sans trève. Depuis cinq jours seulement elle est arrêtée.

Interrogé lors de son entrée le malade nous apprend qu'il n'a jamais rendu de graviers : la marche semble aggraver et le repos diminuer ses douleurs qui sont quelquefois accom-

(1) Albarran (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.* Mai 1898).

pagnées de vomissements. Au contraire la crise actuelle n'est influencée ni par le repos ni par l'exercice : les hématuries sont continues, sans aucune variation.

Examiné le 21 janvier, il présente un rein droit nullement augmenté de volume, nullement senti par le ballottement, mais douloureux à la pression exercée dans l'échancrure costo-iliaque postérieure, douloureux aussi quand on presse sur le bord externe du muscle droit. La palpation est également douloureuse sur le trajet de l'uretère, sauf dans la portion accessible au toucher rectal.

La vessie ne présente aucun trouble fonctionnel, si ce n'est un peu de fréquence des mictions. Deux à trois la nuit, le jour toutes les trois heures. Le malade urine 4 litres par jour. Sensibilité vésicale normale. Capacité égale à 200 gr. L'examen cystoscopique, pratiqué deux fois, montre une vessie saine, normale. L'examen fait en pleine hématurie, au moyen du cystoscope à irrigation, permet de voir le sang jaillir de l'uretère droit en un jet rutilant. L'hématurie se renouvelle plus abondante si on presse avec la main sur le trajet de l'uretère.

Le cathétérisme de l'uretère est également pratiqué chez ce malade à deux reprises. Du côté droit la sonde pénètre facilement jusqu'au bassinet ; elle ne révèle aucun contact calculeux. A gauche elle s'arrête à deux centimètres environ du méat uretéral et ne peut remonter plus haut ; il s'agit évidemment là d'une valvule qui se forme par suite de la flaccidité des parois de l'uretère cathétérisé : fait non absolument rare.

Le 23 février, l'hématurie qui durait depuis plus d'un mois cesse enfin ; mais le lendemain le malade souffre et cette fois le rein droit est nettement senti par le palper et le ballottement ; il est augmenté de volume et son extrémité inférieure

descend à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Depuis ce jour jusqu'à aujourd'hui l'hématurie n'a pas reparu et le rein reste gros et douloureux.

Première opération exploratrice. — M. Albaran ne trouve pas trace de calcul mais ramène au doigt quelques fragments ayant l'aspect de fausses membranes. Il croit se trouver en présence d'une hydronéphrose avec hématurie et referme la plaie. Suites simples.

Cependant, l'examen histologique de ces debris membraneux démontre qu'il s'agit d'un épithélioma. Néphrectomie le 2 avril, 31 jours après la première opération. Guérison.

Observation V, Quenu (1)
(*Résumée*)

Mainfroy A..., âgé de 74 ans, couché à la salle Sainte-Marthe, lit n° 13, a reçu, il y deux ans, un coup de pied dans la région lombaire; le lendemain il urinait du sang, et il affirme que dès ce jour il a senti une grosseur qui n'existait pas avant le traumatisme. Jusque là il n'avait ressenti aucune douleur dans les reins ni présenté de troubles dans la miction. La tuméfaction s'est peu à peu portée dans le flanc et a augmenté progressivement jusqu'aujourd'hui. A plusieurs reprises le malade a uriné du sang et a rendu après des coliques assez fortes des caillots vermiformes. Au mois de mars, il a été soigné dans les salles de M. Verneuil d'où il est sorti très amélioré. Au moment de l'entrée à Sainte-Marthe, le 15 mai 1878, cet homme n'est pas encore très amaigri; la face quoique pâle n'a pas du tout la teinte jaune paille caractéristique du cancer. Pas de troubles digestifs.

(1) Quénu (*Bull. de la Soc. anat.*, 1878).

Le ventre est irrégulièrement gonflé par suite de la présence d'une tumeur qui occupe l'hypochondre gauche, et se prolonge en arrière dans les lombes. Cette tumeur est composée de deux masses dont la droite, plus petite, s'avance vers la région ombilicale.

Diagnostic : Cancer du rein.

Dans le courant de mai, nous recueillons à plusieurs reprises l'urine rendue en 24 heures. La quantité moyenne est de 1 litre 1/2.

Au mois de juin, nouvelles hématuries. La tumeur a augmenté considérablement de volume, et remonte jusque dans l'épigastre. Dans le mois de juillet, le malade a plusieurs vomissements bilieux et son teint devient cachectique.

En septembre, nouvelles hématuries. Les douleurs sont peu intenses et ont toujours été supportables.

Mort le 21 octobre.

Autopsie. — Enorme tumeur remplissant toute la cavité abdominale et mesurant 30 et 18 centimètres pour les deux diamètres principaux, 75 centimètres de circonférence. Le rein droit est plutôt petit. Noyaux cancéreux dans le foie et les poumons. Rien dans les autres organes.

Observation VI, Ozenne (1)
(*Résumée*)

Le malade est âgé de 45 ans. Au cours des années 1884 et 1885, il éprouve dans la région des reins quelques douleurs dont il se préoccupe peu. Mais, au commencement de 1886, à la suite d'une journée de marche et d'un coup dans l'hypochondre gauche, une hématurie assez abondante paraît et se

(1) **Ozenne** (*In* Guillet, *Th. Paris.* 1888).

répète plusieurs fois en quelques semaines ; chaque hémorrhagie est précédée de vives douleurs qui se calment lorsqu'a lieu l'épanchement sanguin. La forme allongée des caillots indique leur origine rénale ; et à cette époque M. le Professeur Guyon, consulté, reconnaît l'existence d'un néoplasme du rein gauche.

Après quelque temps d'accalmie et un séjour, sur le bord de la Manche, de deux mois pendant lesquels les phénomènes locaux ne paraissent pas s'être accentués, le malade revient à Paris : dans le courant du mois de novembre une nouvelle hématurie apparaît avec son cortège de douleurs.

Vers la fin de décembre 1886, nous le voyons pour la première fois. Nous constatons que le néoplasme du rein est un peu douloureux à la palpation. La tumeur, bien que paraissant offrir le volume de la tête d'un enfant de 10 ans, semble assez mobile. Sa forme est irrégulière et inégale. Varicocèle très net du même côté. État général manifestement influencé.

M. Guyon déconseille l'opération.

En janvier et février 1887, la tumeur augmente de volume. Apparition d'une *phlegmatia alba dolens* dans les membres inférieurs.

Le 27 mars, après consultation de deux chirurgiens favorables à l'opération, on fait la laparotomie. L'ablation de la tumeur est impraticable. Le malade meurt le surlendemain. Pas d'autopsie.

Observation VII, Berard (1)
(*Résumée*)

X..., opéré dans le service de M. le Professeur Poncet par M. Rollet, agrégé.

(1) **Berard** (*Soc. des Sc. médic. de Lyon*, Mai 1895).

Ce malade, il y a deux ans, subit un traumatisme ayant déterminé une contusion du rein, eut des hématuries immédiates, puis se renouvelant à intervalles de 10 jours pendant un mois et demi.

Depuis, sa santé ne fut jamais bonne. Perte progressive des forces et amaigrissement; mais ce qui l'inquiétait surtout c'étaient des hémorrhagies abondantes, revenant sans cause et en dehors de tout effort et de tout mouvement, sans autre trouble de la miction. C'est pour ces hématuries, d'ailleurs, que le malade entre à l'hôpital, le 22 mars. A peine accusait-il un peu de pesanteur du côté du rein droit.

A l'examen, on perçoit nettement dans le flanc droit une masse du volume d'une tête d'enfant présentant nettement tous les caractères des tumeurs rénales. Quelque douleur à la pression; pas de douleur spontanée. Pas de varicocèle.

Le malade n'a pas d'hématurie très forte depuis son entrée jusqu'au 28 mars, jour où M. Rollet l'opéra. Le rein gauche paraissant intact, on fit une néphrectomie droite.

L'examen microscopique confirma le diagnostic d'épithélioma. Les suites opératoires furent simples, sans troubles consécutifs. Guérison.

Observation VIII. Israël (1)
(*Résumée*)

Homme de 51 ans, tumeur maligne du rein gauche.

Il y a 4 ans hématurie qui dura 4 jours. La 2e hématurie 4 semaines avant son entrée à l'hôpital. Le malade ne s'est aperçu de la tumeur que depuis 4 semaines.

Le 7 juillet 1892, examen. Une tumeur bosselée du côté

(1) **Israël** (*In* Heresco, *Th. Paris*, 1899).

gauche, qui s'étend en bas jusqu'à une ligne unissant les deux épines antéro-supérieures. La tumeur est palpable dans la région lombaire. La surface porte des bosselures grosses comme une cerise à un œuf de poule. Le côlon insufflé passe devant la surface latérale de la tumeur. Varicocèle du côté gauche. A la jambe gauche, varices de la saphène, pas du côté droit.

Le 16 juillet, extirpation. Incision extrapéritonéale. Guérison. Récidive très rapide et mort en avril 1893.

La tumeur était un sarcome à cellules fusiformes avec nombreuses cavités kystiques.

Observation IX, Témoin (1)
(*Résumée*)

Femme, âgée de 44 ans. Il y a 15 ans, sans avoir jamais eu de douleur, elle urine du sang, tantôt par intermittences, tantôt d'une façon continue ; tantôt le sang est presque pur, tantôt mélangé aux urines, quelquefois ces dernières sont absolument limpides.

Au mois de novembre 1892 elle s'aperçoit que son côté droit devient lourd ; pas de douleurs, rein augmenté de volume. On pense à un rein flottant. Trois mois après, tumeur énorme remplissant tout l'hypochondre droit, dépassant la ligne médiane et faisant du côté gauche une saillie du volume d'une orange. Pas de sonorité à la partie antérieure de la tumeur, dure, non fluctuante, non douloureuse au toucher. Amaigrissement considérable, teint jaune caractéristique, les hématuries sont constantes depuis 2 mois.

Néphrectomie transpéritonéale le 10 mars 1893.

(1) Temoin (*Arch. prov. de chir.* 1893).

Cinq mois après l'opération la malade se porte très bien.

Examen de la pièce. — Le rein a complètement perdu sa forme, la tumeur totale pèse 2 k. 150 gr. et à la coupe elle a l'apparence d'un carcinome.

Examen microscopique (Pilliet). — Adénome hémorrhagique du rein.

En février 1894 la malade se sent mal à l'aise, troubles digestifs. Bientôt apparaissent dans l'abdomen des tumeurs multiples surtout du côté droit. Meurt de cachexie au commencement d'avril 1894, 13 mois après l'opération. Communication écrite de l'auteur.

Observation X, Pierre Delbet (1)

Homme, âgé de 65 ans, jamais malade. Le 18 janvier 1896, sans aucune souffrance, le malade est pris brusquement d'une hématurie, d'une seule; elle était légère et ne se reproduisit plus. Le 27 janvier, même année, hématurie considérable avec quelques petits caillots, toujours sans douleurs. L'hématurie se continue jusqu'au mercredi 29, quand les urines redeviennent normales. Le malade se préparait à quitter Paris, quand nouvelle hématurie; M. Albert Robin examine les urines; beaucoup de pigment sanguin en rapport avec des hémorrhagies insterstitielles, beaucoup de cristaux d'acide urique et des cellules du bassinet. S'appuyant sur l'existence d'un état général excellent, il porte le diagnostic d'hémorrhagies provoquées par des calculs du bassinet. Traitement en conséquence. La nuit, le malade a pour la pre-

(1) **Pierre Delbet** *In* Heresco, *Th. Paris*. 1899).

mière fois une attaque de coliques néphrétiques, durée 4 heures.

Quatre jours après, nouvelle colique néphrétique. Cette colique est caractérisée non pas tant par l'intensité des douleurs qui sont plutôt sourdes que par un ténesme vésical et anal horrible. Oligurie. Le malade a des envies fréquentes d'uriner, mais peu à la fois.

Cinq jours plus tard, hématurie abondante avec des caillots longs de 6, 8, 10 centimètres, il s'agit manifestement de caillots uretéraux. Cette hématurie dure deux jours pour cesser et reparaître dix jours plus tard, et comme par le passé cette hématurie apparaît le malade étant reposé. Elle dure 16 jours malgré l'ergotine et l'acide gallique donnés à l'intérieur.

Le 12 mars 1896, M. Delbet voit pour la première fois le malade et porte le diagnostic : Néoplasme du rein, et propose la néphrectomie. Pas de varicocèle.

L'hématurie prend des proportions effrayantes par son abondance et par sa durée, le malade urine du sang pur. L'élimination des caillots provoque des douleurs épouvantables. Les injections d'ergotine ne modifient en rien l'hémorrhagie.

Vers le 22e jour, l'hématurie commence à diminuer et expulse avec de fortes douleurs, un caillot de 8 centimètres présentant trois renflements successifs, épais comme le pouce. L'expulsion de ce caillot est suivie d'un soulagement instantané. Sous l'influence de ces pertes sanguines répétées, le malade a sensiblement faibli, le malade est fortement anémié, il est à bout de forces.

Le 21 mars 1896 M. Delbet pratique la néphrectomie par la voie lombaire, aux Frères Saint-Jean-de-Dieu ; nous l'assistions.

La tumeur s'est développée dans le pôle inférieur. La liga-

ture du pédicule a porté sur des ganglions dégénérés. Les suites opératoires furent excellentes. Le malade sortit guéri vingt jours après.

L'examen microscopique n'a pas été fait, mais la tumeur est manifestement cancéreuse avec dégénérescence ganglionnaire.

Observation XI, Reynès (H.) (1)

Un malade de 32 ans m'a été récemment confié par deux confrères avec deux diagnostics différents : tuberculose vésicale ou hématurie essentielle. J'ai fait l'examen cystoscopique qui m'a démontré d'une part l'intégrité de la vessie, d'autre part une hématurie se faisant par l'uretère droit. Quant à la nature de cette néphrorragie, il était impossible de la dire : aucun autre symptôme que des hématuries incessantes depuis un an. Pas de douleurs, pas de tumeur, pas de signes de tuberculose ni de lithiase, pas de ganglions : le malade quoique très affaibli travaillait encore 6 jours avant l'opération.

Aucun traitement n'ayant influé sur ces hématuries continues et le malade étant dans un état grave de cachexie hemorrhagique, j'ai proposé une intervention sur le rein droit. J'ai dû pratiquer la néphrectomie totale ; une grosse tumeur végétante occupait tout le bassinet et tout le rein, dont le tissu normal était représenté par une mince coque. Dès le lendemain les urines étaient claires et de couleur normale. Le malade va très bien. L'uretère, lié séparément, était sain.

(1) **Reynès (H.)** (XIIIe Congr. internat. de Méd. Sect. de Chirurgie urin. 1900).

Observation XII. Le Dentu (1)

Homme de 41 ans, boulanger, entré à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, n° 43, le 26 octobre 1893.

En mars 1893 commencement des hématuries qui à des intervalles de quelques jours se reproduisent pendant 6 mois. Depuis près de deux mois elles ont cessé, mais l'urine n'est jamais parfaitement claire. Elle est habituellement rougeâtre.

Tumeur volumineuse dans le flanc gauche, qui se perd dans l'hypochondre et descend jusqu'à la crête iliaque. En dedans, elle atteint jusque la ligne médiane. Elle n'est pas en contact avec la paroi abdominale.

Pas de douleurs spontanées ni à la pression. Varicocèle gauche assez développé et douloureux qui a attiré l'attention du malade avant qu'il se doutât qu'il avait une tumeur dans l'hypochondre.

Diagnostic. — Tumeur maligne du rein.

Opération. — Fait constater la dégénérescence néoplasique du rein gauche tout entier. Néphrectomie. Guérison.

Observation XIII, Bacaloglu (2)
(*Résumée*)

Le nommé Gaston G..., 39 ans, garçon marchand de vins, entre à l'hôpital de la Charité, le 25 septembre 1897, dans le service de M. le Dr Moutard-Martin, pour une hématurie datant de neuf mois.

(1) **Le Dentu** (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. I. 1900).
(2) **Bacaloglu** (*Bull. de la Soc. anat.* Janvier 1898).

A cette époque, il remarqua une grosseur dans son flanc gauche, au-dessous des fausses côtes. Il ressentait une simple gêne, pas de douleur. Quelque temps après il pissa du sang. Cette hématurie dure trois ou quatre jours, puis les urines s'éclaircissent. Depuis, il a eu une hématurie persistante avec de légères rémissions. Les crises hématuriques franches durent quatre ou cinq jours; puis, pendant quelque temps, les urines bien que faiblement colorées contiennent toujours du sang. Nous avons pu suivre pendant 3 mois ces alternatives.

A son entrée, nous constatons que le malade est pâle et que son teint a une légère nuance jaune-paille. Il est amaigri. L'examen de l'abdomen fait percevoir nettement une grosse tumeur dure, ligneuse, occupant le flanc et l'hypochondre gauche, s'étendant vers la ligne médiane et remontant jusqu'à l'épigastre. Elle n'est pas bosselée. La palpation bimanuelle fait constater un ballottement des plus nets et, malgré son volume, on ne peut mobiliser complètement la tumeur.

Diagnostic. — Tumeur du rein.

Dès le début de son affection le malade a remarqué l'apparition d'un varicocèle double mais prédominant à gauche.

L'état général du malade devient de plus en plus mauvais. Il est extrêmement amaigri; son teint est jaunâtre. Il succombe le 3 janvier.

Autopsie. — On reconnaît la présence d'une tumeur volumineuse occupant tout le rein gauche. L'examen histologique montre que c'est un épithélioma.

Observation XIV (*Inédite*)

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyon*).

Le nommé B.... âgé de 67 ans, entre le 15 février 1901, salle Velpeau, lit n° 13, à l'hôpital Necker.

Blennorrhagie à 20 ans.

Le malade a remarqué depuis 10 mois que ses mictions sont devenues plus fréquentes la nuit. Mais, en somme, aucun symptôme urinaire important, lorsque trois semaines avant son entrée, sans aucune cause occasionnelle, il est pris d'une hématurie pas très abondante mais totale. Celle ci s'arrête pendant quelques jours pour reparaître ensuite, encore totale et de plus très importante, donnant lieu à des phénomènes de rétention qui nécessitent le cathétérisme.

Cette hématurie dura environ une semaine, et était presque passée lors de son entrée à l'hôpital. Elle cesse d'ailleurs totalement bientôt après et ne s'est pas reproduite depuis.

Douleur légère, qui commence avec l'hématurie, localisée au niveau du rein gauche, et n'existant pas avant le début du pissement de sang.

Varicocèle qui existait depuis l'adolescence et a rapidement augmenté depuis quelques semaines.

Amaigrissement de 15 kg. depuis le début de la maladie.

Examen du malade à son entrée, le 15 février. — Hématurie insignifiante qui cesse rapidement. Urines légèrement troubles. Bronchite chronique très intense. Le rein gauche, augmenté de volume descend jusqu'à une ligne passant par l'ombilic, mais n'atteint pas la ligne médiane. En haut, il s'engage sous le rebord des fausses côtes, et il est impossible, même dans les grandes inspirations, d'arriver à passer au-dessus de cette extrémité supérieure.

On sent de grosses bosselures à la surface. Mobilité rénale assez marquée.

Rein droit normal.

Urèthre et prostate normaux.

Varicocèle gauche très développé.

Le malade, durant son séjour, a présenté des phénomènes de congestion pulmonaire. Il a aussi de l'infection vésicale traitée par les lavages de nitrate d'argent.

Etant donnés le volume du rein, les phénomènes pulmonaires et l'absence de tout symptôme menaçant, l'opération est contr'indiquée.

Exeat le 11 mars.

Observation XV. Benes Jones (1)

(Résumée)

T. A..., âgé de 45 ans, fut admis le 16 avril à l'hôpital Saint-Georges. Au mois d'août précédent, il avait constaté sans aucun motif l'apparition du sang dans son urine. Bientôt, il ressentait une douleur dans le côté droit, sous les côtes et dans les reins. Une application de sangsues atténua la douleur, mais elle ne disparut jamais complètement. Depuis, le sang se montra à intervalles variables; pendant trois mois le malade n'en vit point. Dans le mois qui précéda son entrée à l'hôpital, l'hématurie fut fréquente, et dans les deux derniers jours l'urine fut constamment mélangée de sang et de caillots.

Au bout de deux jours, disparition du sang; puis réapparition peu après. Enfin, l'état du malade semble s'améliorer, et le 4 juin, on en fait un malade du dehors. On n'en entend plus parler jusqu'au 3 février 1852.

(1) **Benes Jones** (*Transact. of pathol. Soc.* 1875).

Rentrant à ce moment, il me dit qu'il avait perdu du sang à plusieurs reprises depuis sa sortie de l'hôpital. La première fois au bout de six semaines, puis à de plus longs intervalles. Maintenant l'écoulement sanguin était plus rare et la douleur lombaire allait en augmentant, avec irradiations dans la cuisse.

Enfin, le 19 décembre 1853, il mourut en très peu de temps à la suite d'une violente hémoptysie. A l'autopsie, l'état des poumons n'expliqua point cet accident, mais on constata la présence d'un cancer du rein.

Observavion XVI, Loumeau (1)
(*Résumée*)

Mme A..., 47 ans, femme de chambre, souffrait depuis une quinzaine d'années des reins. Pas de coliques néphrétiques, pas de sable dans les urines. Le 27 juillet 1896, pour la première fois, la malade fut prise, le soir en se couchant, et sans aucune cause provocatrice appréciable ni douleur préalable, d'un pissement de sang très abondant (un plein verre) qui se renouvela le lendemain de la même façon. Depuis cette époque elle rendit presque tous les jours des débris de caillots dans les urines. Le 31 juillet, après une crise excessivement violente de colique néphrétique localisée à droite, elle a vu apparaître dans son vase de nuit un caillot mince et allongé, mesurant au moins cinq centimètres et dont l'émission a mis fin à ses douleurs.

Pendant le mois d'août, pas d'hématurie abondante, mais souvent, après un peu de fatigue, petits filaments rouges dans l'urine.

(1) **Loumeau** (*Ann. de la Polyclin. de Bordeaux*, 1897).

Au commencement de septembre, après un long service à table, nouvelle colique néphrétique droite extrêmement vive, arrachant des cris à la malade, provoquant des vomissements, et qui dura deux heures. La fin de cette crise ne fut pas signalée par l'émission de caillots plus longs que ceux des jours précédents.

Examen de la malade, le 7 octobre 1896 :

Pâle, air fatigué et essoufflé, embonpoint encore assez marqué. Perte de forces. Sensation de constriction au niveau de la taille et douleur sourde, profonde, dans le côté droit.

Voussure légère du flanc droit. Asymétrie de l'abdomen. A la palpation, on sent une masse volumineuse, bosselée, solide, rénitente, donnant à l'exploration bimanuelle la sensation très nette du ballottement rénal.

L'exploration du rein gauche reste négative. Une fois l'examen terminé, la malade rend un demi-verre d'urine rougeâtre.

Diagnostic. — Tumeur maligne du rein droit.

Le 31 octobre, la malade revient après avoir consulté d'autres chirurgiens. Elle est affaiblie, et présente une teinte jaune-paille. La tumeur du rein est beaucoup plus volumineuse. Les hématuries ne se sont pas renouvelées sous forme de sang pur, mais seulement de stries rougeâtres, mélangées à l'urine.

Laparotomie le 5 novembre. Tumeur de dimensions supérieures à celle d'une grosse tête d'adulte, impossible à mobiliser et à extraire. On referme l'abdomen. Mort le lendemain matin.

Observation XVII (*Inédite*)

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyon*)

La nommée Sophie F..., femme B..., 39 ans, journalière, entre le 6 décembre 1899, salle Laugier, n° 5, à l'hôpital Necker.

Depuis trois ans la malade se plaint de douleurs vagues dans la région lombaire, sans irradiations bien caractérisées, qu'elle paraît cependant localiser à gauche. Ces douleurs, de l'avis de la malade, sont bien antérieures à l'état actuel.

Le 14 juillet 1899, première hématurie survenue brusquement à la suite d'une grande fatigue. Hématurie totale sans caillots, durée trois jours ; à la suite les urines redeviennent claires, elles contenaient de temps en temps de petites peaux blanches. Deuxième hématurie, le 1er septembre, également après une fatigue ; quelques caillots au début, puis le sang d'abord noir redevient rouge ; durée un peu plus de trois jours. Troisième hématurie, le 7 novembre, plus longue et plus abondante que les deux autres, mais avec intermittences ; ces intermittences ont bientôt cessé pour faire place à une hématurie très abondante. Des caillots d'abord au début de presque toutes les mictions, puis du sang rutilant en très grande abondance ; durée huit jours.

Pendant les hématuries, douleurs plus accentuées au moment des mictions et pendant toute leur durée, irradiées dans tout l'hypogastre et vers la racine des cuisses : de plus, sorte de courbature qui oblige la malade à garder le lit. Amaigrissement considérable. Fréquents étourdissements. Etat gastrique traité par l'eau de Vichy.

Examen de M. Guyon. — Rein droit : *Décubitus dorsal* : Le rein déborde les fausses côtes d'un bon travers de doigt et ce sans l'aide des mouvements respiratoires. Il est aug-

menté de volume et de consistance et l'on perçoit sur sa face antérieure facile à palper des irrégularités. Rien du côté du pédicule. *Décubitus latéral gauche :* Le rein se dégage du rebord costal sans cependant, même dans les inspirations profondes, se déloger et s'abaisser complètement au-dessous. Plus encore que dans le *décubitus dorsal* on perçoit les inégalités de la face antérieure. Bord interne à cinq travers de doigt de la ligne médiane : bord externe à deux travers de doigt de la ligne du flanc.

Rein gauche normal. Par le toucher vaginal, vessie souple. Utérus retrofléchi, légèrement douloureux à la pression, expliquerait les douleurs hypogastriques que la malade accuse souvent.

La cystoscopie permet de constater la parfaite intégrité des parois vésicales, les orifices utéraux sont trouvés facilement.

On fait deux fois le cathétérisme cystoscopique, et après le séjour de la sonde la malade a une hématurie abondante. Du 3 au 6 janvier, la température oscille entre 37° 6 et 40°. Douleurs vives dans la région de l'uretère, l'urine est rare, très chargée et teintée de rouge. Au microscope, dépôt peu abondant, renfermant de rares hématies, très rares leucocytes et cellules d'épithélium plat. Le rein, à la palpation, présente des dimensions supérieures à celles des jours précédents.

Le 6 janvier. — Néphrectomie par M. Albarran, faite dans de bonnes conditions. Quelques adhérences faciles à rompre. Le rein enlevé donne à la mensuration vingt centimètres de long, treize centimètres de large, dix centimètres d'épaisseur. Le développement du rein a lieu surtout aux dépens de la face antérieure, si bien que le hile est rejeté en arrière. Une fois fendu, le rein ne renferme pas de liquide.

Sur la coupe on voit :

1° A l'extrémité supérieure, tout près du hile, un foyer néoplasique de la grosseur d'une noix qui s'étend jusqu'à la capsule propre de la face antérieure et assez distant de la face postérieure.

2° Sur toute l'étendue de la couche corticale un semis de petits abcès miliaires. Le pus ensemencé dans un bouillon et sur agar a donné une colonisation de colibacilles.

Suites de l'opération normales. pansements réguliers. 2 avril 1900, exéat.

Observation XVIII (*Inédite*)

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyon*)

Le nommé André S..., 54 ans mécanicien, entre à l'hôpital Necker, salle Velpeau, lit n° 1, le 6 novembre 1900.

Vint consulter le 18 août 1896 pour hématuries totales, avec mictions fréquentes, non douloureuses, sans jamais de graviers. La traversée de l'urèthre prostatique est longue. La capacité vésicale égale 280 grammes. Vessie non saignante, non sensible à la palpation. Rein droit normal. Rein gauche : coliques néphrétiques il y a trois mois, actuellement douleur à la pression, jamais de sable ni de cailloux.

7 septembre 1896. — Hématurie; caillot allongé de quatre centimètres.

21 septembre. — Depuis trois jours, douleurs du rein droit; n'a pas eu, depuis le 7, de douleurs à gauche.

Vient consulter le 27 octobre 1900. Les hématuries ont disparu à la fin de 1896 et sont réapparues depuis. Hématuries, par crises, tous les 8 ou 15 jours; le malade est cependant resté jusqu'à deux mois sans voir de sang. Hématuries totales; caillots allongés produisant de grandes douleurs

expulsives à la miction. En dehors des hématuries les urines sont claires. Mictions deux, trois, cinq fois jour et nuit, fréquence atténuée par le repos. Phénomènes congestifs avant les hématuries. Le malade sent qu'il va pisser du sang.

Le 6 novembre, jour de son entrée, nouvelle hématurie totale ayant duré une seule miction, caillots allongés. Le 9 au matin, nouvelle hématurie, toujours avec caillots. Etat général assez bon, le malade a cependant un peu maigri.

Examen. — On sent dans l'hypochondre gauche une volumineuse tumeur le remplissant, peu mobile avec les mouvements respiratoires, dure, un peu douloureuse en avant des fausses côtes. Le rein droit n'est ni perceptible ni douloureux. Varicocèle du côté gauche.

Urèthre et prostate normaux. Vessie pas sensible.

M. Albarran constate que la tumeur est très ballottante, un peu bosselée, qu'elle atteint en dedans la ligne médiane, en bas la ligne ombilicale, qu'elle reste en place quand le malade se couche sur les côtés. L'extrémité supérieure n'est pas sentie. La percussion axillaire semble faire remonter la tumeur jusqu'à la huitième côte.

27 novembre. — Les urines sont toujours claires, non hématuriques. L'état général est bien conservé, on ne sent pas de ganglions. Nombreuses varicosités et arborisations veineuses des deux membres inférieurs, de la paroi abdominale et de la paroi thoracique.

29 novembre. — Laparotomie latérale sur le bord externe du droit. Large incision des plans superficiels pour découvrir la masse qui est assez profonde. La pointe des ciseaux, enfoncée dans le méso-côlon transverse fait sourdre un flot de sang veineux qui coule en nappe malgré le tamponnement et les essais d'hémostase. M. Albarran agrandit alors l'incision du péritoine postérieur pour tenter la libération sous-capsulaire du rein. Il est impossible d'enlever la capsule,

adhérente en tous points aux parois voisines: la décortication est ainsi très difficile, sauf au niveau du tiers supérieur de l'organe qui est sain.

M. Albarran parvient à passer sous la tumeur trois pinces à pédicule sous lesquelles on arrive à grand peine à lier à la soie les vaisseaux du hile et l'uretère. La tumeur enlevée, l'hémostase est très rapidement complète. Sutures et drainage. Le malade a perdu beaucoup de sang; injection sous-cutanée de sérum.

30 novembre. — Pas de fièvre, douleurs vives, état général un peu remonté.

1er décembre. — Pas de fièvre, pouls à 108, hoquet.

3 décembre. — Pas de fièvre, mais le malade a une gêne respiratoire extrême qui augmente de plus en plus et finit par l'emporter dans la soirée.

Pas d'autopsie.

Observation XIX (*Inédite*)

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyon*)

Le nommé A.... 41 ans, conducteur de tramways, entre le décembre 1900, salle Velpeau, lit n° 14, à l'hôpital Necker.

Depuis plus de six ans le malade éprouvait des douleurs lombaires du côté droit, le prenant presque toutes les nuits, assez fortes pour le réveiller et se continuant jusqu'au matin. Douleurs sans irradiation, disparaissant dès le lever. Dans la journée le malade ne souffrait aucunement. Jamais de coliques néphrétiques: ni graviers, ni sable dans les urines.

Pas de blennorrhagie.

Le mardi 14 décembre 1900, dans la soirée, sans signes prémonitoires, hématurie abondante avec petits caillots:

une demi-heure apres environ, le malade commence à souffrir de la région rénale droite, l'hématurie continue toute la nuit, cesse dans la journée et reprend le soir. L'hématurie est totale, avec caillots. Pas de fréquence des mictions, pas de douleurs du côté gauche.

7 décembre. — *Examen :* Rein : un peu d'empâtement de la région rénale droite ; rien du côté gauche.

Urèthre normal. La vessie se vide ; les urines retirées par la sonde sont hématuriques, les dernières gouttes presque du sang pur. Capacité bonne. Prostate peu saillante, le lobe gauche est un peu gros et dur.

8 décembre. — Les urines un peu moins colorées hier après-midi sont devenues très sanglantes le soir. Cette nuit, violentes crises de douleurs à droite. Point douloureux, sans irradiation. Vers 3 heures du matin le sang s'arrête ; ce matin les urines sont très claires. Au fond, un ou deux petits caillots très rouges. Les douleurs ont cessé ce matin après l'application d'un cataplasme laudanisé.

10 décembre. — Les urines sont restées très claires pendant vingt-quatre heures. Au milieu de la nuit dernière le sang revient avec abondance. Violentes douleurs à droite. Caillots allongés vermiformes (uretéraux), avec un grand nombre de caillots de forme indéterminée.

Examen de M. Guyon :

Reins : Dans le décubitus latéral et dorsal, souplesse, pas de défense musculaire, pas de douleur provoquée, ni à droite, ni à gauche.

Cystoscopie : La région uretérale est déformée : l'uretère soulevé et éloigné de la ligne médiane ; l'orifice est rouge et dilaté ; on en voit sortir régulièrement un flot de sang éjaculé.

Hier soir, le malade a eu un frisson. Le sang s'est arrêté dans la journée. Ce matin, les urines sont peu teintées ; le

malade n'a pas souffert cette nuit. Les hématuries reprennent vers le soir.

15 décembre. Dans la nuit du 14 au 15, hématurie qui ne s'est pas reproduite depuis.

20 décembre. A l'explorateur métallique, pas de calcul vésical.

26 décembre. Cathétérisme urétéral à droite. La sonde est laissée deux heures.

Urine du rein droit (cathétérisé).

Quantité ..... 45 cc.
Urée ..... 10 gr. 248.

Rares leucocytes, cellules urinaires, assez nombreuses hématies.

Urine du rein gauche.

Quantité ..... 77 cc.
Urée ..... 20 gr. 496.

Assez nombreux leucocytes. Rares hématies.

27 décembre. Néphrectomie droite par M. Michon.

Incision classique lombaire, recto-curviligne; découverte facile du rein. On reconnaît alors qu'il présente sur sa face postérieure et près de l'extrémité supérieure une bosselure d'aspect nettement néoplasique : la néphrectomie est décidée. Libération assez facile du rein, pas grande adhérence, mais le pédicule est situé très haut, sous-costal. Difficultés pour mettre les ligatures. Double ligature au catgut sur le pédicule rénal. Drainage.

Epithélioma du rein déjà volumineux, dépassant le volume d'un œuf et atteignant le bassinet.

Pansements et lavages à l'eau oxygénée; cicatrisation normale. Exeat le 11 février 1901. Plaie cicatrisée, légère éventration lombaire.

Observation XX (*Inédite*)

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyon*)

Le nommé Joseph M..., 58 ans, tonnelier, entré le 1er mars 1901 à l'hôpital Necker, service de M. Guyon, salle Velpeau, lit n° 1.

Il y a deux ans, le malade ressentit subitement une douleur intense, localisée dans l'hypochondre gauche et accompagnée d'hématurie totale, d'une durée de douze à quinze heures, et tout sembla rentrer dans l'ordre.

Au mois de juillet suivant, le sujet s'aperçut de l'existence dans l'hypochondre gauche d'une tumeur volumineuse et indolore ; les urines étaient tantôt claires, tantôt troubles et noirâtres, tandis que les mictions, entièrement indolores, n'étaient guère augmentées en nombre ; le malade attribua ces phénomènes au mauvais état de ses fonctions intestinales et s'administra force purgatifs, qui furent sans effet.

Au mois de mars 1900, l'état général du sujet s'altère, le malade perd ses forces et s'anémie ; sur le conseil du médecin, alors consulté, le malade entre dans le service de M. Hayem, avec le diagnostic de tumeur de la rate. Mais après un examen aussi complet que minutieux que lui fit subir M. Hayem, il est envoyé dans le service de M. Guyon. Il vint le 14 juin 1900, pour la première fois, à la consultation, où l'on porta le diagnostic de néoplasme du rein gauche qui demandait une intervention rapide ; le malade reste chez lui, l'état général s'aggrave de plus en plus, la faiblesse augmente. La tumeur ne grossit guère et reste indolore, les mictions sont normales comme nombre et les urines sont de temps en temps teintées.

C'est alors que le malade entre dans le service, le 1er mars 1901, à la suite d'une hématurie durant depuis quinze jours.

Le malade est pâle, faciès jaunâtre caractéristique : pas de fièvre.

Cœur, vaisseaux, poumons normaux.

Le malade a eu une blennorrhagie à l'âge de 20 ans, guérie.

Hérédité négative. Si l'on découvre le malade, on voit que la portion gauche de l'abdomen est saillante, et à la palpation, on sent très nettement une tumeur volumineuse, remplissant tout l'hypochondre gauche, faisant saillie dans le flanc gauche, cette tumeur semble lisse, mobile. Ballottement.

A la palpation bimanuelle, s'étendant en avant jusque sous la paroi abdominale, en dedans jusqu'à la ligne médiane, en dehors saillante dans le flanc ; en haut en avant fausses côtes sans remonter bien haut, en arrière dixième côte.

Le rein droit paraît normal, un peu abaissé.

A la percussion, matité complète.

Les urines sont noires, quelques caillots, dépôt assez abondant, pas de longs cylindres, l'hématurie est totale. Les mictions sont presque normales, tout à fait indolores. Il y a varicocèle concomitant.

7 mars 1901. On trouve un caillot urétéral, l'hématurie continue toujours totale et abondante, le cathétérisme des urètères est essayé. Orifice visible du côté du rein malade ; du côté du rein sain, l'orifice était caché par un gros caillot que les lavages n'ont pu détacher.

7 mars. Néphrectomie gauche par M. Albarran. L'opération, d'une heure de durée, s'est effectuée sans aucun incident.

8 mars. Pas d'élévation notable de température, on évacue une grande quantité de caillots de la vessie.

9 mars. Pansement, sérum un litre.

11 mars. Température, 39° 6.

13 mars. On continue les injections de sérum sous-cutané.

Température oscille aux environs de 39°. Teint subictérique. Pansements à l'eau oxygénée.

15 mars. Le malade s'affaiblit. Potion ext. de quinquina 4 grammes, et acétate d'ammoniaque 6 grammes.

17 mars. Le malade meurt à 6 heures du matin, après signes d'œdème pulmonaire.

Observation XXI (*Inédite*)

(*Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyon*)

Le nommé Pierre P..., 49 ans, gardien de la paix, entré le 24 mars 1900 à l'hôpital Necker, service de M. Guyon, salle Velpeau, lit n° 4.

Jamais de blennorrhagie.

Début après la guerre de 1870, le malade commence à avoir des douleurs lombaires durant deux à trois mois de suite, avec des intervalles de même durée.

En 1877, ces douleurs augmentent d'intensité, en conservant toujours le caractère d'être discontinues. Jamais d'hématurie ni de graviers. Urines claires.

Au mois de décembre dernier, grippe ; fin janvier 1900, hématurie sans aucune cause, totale, abondante, avec caillots gênant la miction ; durée, cinq jours. Depuis, plus d'hématurie. Au même moment, reprise des douleurs rénales, qui avaient cessé depuis six mois, douleurs plus vives, qui continuent encore. Ces douleurs siègent dans la région lombaire, des deux côtés de la colonne lombaire, elles s'irradient le long des uretères pour atteindre un maximum au niveau de la vessie. Intermittente, surtout paroxystique, sans aucune cause elle s'exagère, la marche, la fatigue, les mouvements brusques l'augmentent, le repos la diminue.

Etat actuel : Rein droit très volumineux, son bord interne atteint la ligne médiane, son pôle inférieur dépasse le rebord costal de trois à quatre travers de doigt. En arrière, il descend à deux travers de doigt au-dessous de la douzième côte. Mobile d'arrière en avant et inversement. Sur la ligne mammaire, matité hépatique, matité rénale : sur la ligne axillaire, matité hépatique, matité rénale, elle dépasse la ligne rénale.

Rein gauche, vessie, urèthre : O. Testicule et cordon : léger varicocèle à droite après la marche.

Urines claires, pas de dépôt, réaction acide.

Rares hématies, très rares leucocytes.

28 mars. Examen cystoscopique.

3 avril. Cathétérisme urétéral.

Analyse de l'urine totale :

Quantité : 130cc.

Aspect : légèrement trouble, dépôt floconneux peu volumineux.

Couleur, odeur : normales.

Réaction : acide.

Densité : 1023.

Urée, par litre : 24,30.

Chlorures : 15,80.

Acide phosphorique : 2,30.

Albumine : 0,50.

Glucose, pigments biliaires : pas.

5 avril. M. Albarran fait une incision abdominale et tombe sur une tumeur énorme, adhérente en haut et en bas, continue en dedans sur la ligne médiane par un amas ganglionnaire considérable. Impossibilité d'enlever le rein. Perte de sang considérable : le malade, malgré deux injections de sérum au cours de l'opération et une d'éther, est dans un état complet d'épuisement.

6 avril. Malade abattu, extrémités froides.
7 avril. Le malade meurt.

Observation XXII, Ferréol (1)

Il y a quelques mois, je vis en consultation avec le Dr Créquy, un homme de 60 ans, architecte, qui était atteint, depuis quelques années, d'une albuminurie singulière. La quantité d'albumine n'était pas très considérable, les urines moyennement abondantes. Il n'y avait pas de bruit de galop au cœur, pas de troubles cérébraux, pas de dyspnée; mais il y avait un peu d'ascite et un œdème assez marqué des extrémités inférieures. En interrogeant le malade, je pus me convaincre qu'il avait eu à plusieurs reprises de petites hématuries, et qu'il rendait de temps en temps des espèces de caillots blanchâtres, plus ou moins allongés, ressemblant à des vers, quelquefois à des haricots et quelquefois aussi colorés par du sang violacé. Le malade se plaignait de plus de douleurs de reins assez vives, siégeant à droite; et une palpation profonde en même temps qu'elle réveillait de la douleur, révélait la présence d'une tumeur dans l'abdomen au niveau du rein droit.

Le malade était d'une pâleur cachectique assez prononcée. Il était du reste au régime lacté depuis longtemps; il avait eu à plusieurs reprises des attaques de coliques néphrétiques. Je diagnostiquai un cancer du rein droit. A quelques jours de là, le malade fut pris d'une rétention d'urine subite, causée par un caillot volumineux qui s'était arrêté dans l'urèthre. Il fallut le sonder, ce qui fut fait sans inconvénient. Mais, la cachexie se prononça de plus en plus et le malade ne tarda pas à succomber.

(1) Ferréol (*In* Guillet, *Th. Paris*. 1888).

Observation XXIII, Imbert (1)
(*Résumée*)

Jean D.... 37 ans, employé à l'hôpital suburbain de Montpellier, avait eu, après une bonne santé antérieure et depuis le mois de mai 1899, son attention attirée sur sa région lombaire gauche sans y éprouver, à proprement parler, de véritable douleur. Gêne plutôt que souffrance: et encore cette sensation était-elle intermittente, apparaissait et disparaissait sans motif appréciable.

Le 4 juillet 1899, hématurie totale qui dure trois jours, mais avec des alternatives de mictions parfaitement claires. On pensa à un foyer tuberculeux. L'hématurie cessa sans autre médication que le régime lacté mixte.

Depuis cette première crise, le malade ressentait la même gêne dans la région lombaire gauche avec irradiations diverses. Le 25 septembre, le malade se sentit très fatigué et entra à l'hôpital, où il fut soigné pendant trente-cinq jours pour une dothienentérie. Durant cette période, à trois reprises différentes, il eut une miction hématurique. Convalescence normale. Guérison.

Le 1er avril 1900, nouvelle crise hématurique sans cause qui dure trois jours. Apyrétique comme la première et avec les mêmes caractères d'intermittences de mictions claires et colorées. Petits caillots sans importance.

Le 1er septembre 1900, troisième crise hématurique plus abondante que les précédentes, mais présentant les mêmes caractères. Durée 5 jours. Le malade inquiet consulte le chirurgien.

Etat actuel : Le rein n'est pas perceptible à la palpation,

(1) **Imbert** (*Ann. des Mal. des org. génit. urin.* Février 1901).

ni douloureux, pas plus à droite qu'à gauche. Les urines sont encore un peu troubles, du fait de l'hématurie récente. Elles contiennent des traces d'albumine; le malade affirme qu'on en a toujours trouvé en petite quantité, chaque fois qu'on a analysé ses urines. Pas de bacilles de Koch. La cystoscopie montre la vessie normale, les deux uretères donnent de l'urine claire.

On fait le cathétérisme de l'uretère gauche. L'analyse comparée des urines des deux reins, montre le fonctionnement normal de ceux-ci. Le rein droit peut assurer la dépuration urinaire.

Néphrotomie exploratrice le 17 septembre.

Le rein paraît sain; mais à la suite de l'opération, dans la journée, il se produit des hématuries abondantes qui menacent la vie du malade.

Nephrectomie le 18 septembre au matin.

A l'examen macroscopique, le rein offre en un point un petit noyau d'aspect plus pâle que la région avoisinante.

A l'examen microscopique, on trouve des lésions non douteuses de néphrite interstitielle et parenchymateuse. Le petit noyau est constitué par un amas de fibres musculaires mélangées de cellules néoplasiques.

Observation XXIV (*Inédite*)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyon)

Le nommé C.... âgé de 45 ans, entre dans le service de M. Guyon, salle Velpeau, n° 1, le 25 août 1896.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Pas de blennorrhagie.

1887. Douleurs rhumatismales qui obligent le malade à garder le lit pendant huit jours.

1890. Hémorrhagie anale, survenant en dehors de la défécation, qui dure une demi-heure et que le malade compare à une épistaxis.

1896 (20 juillet). Epistaxis très abondante, qui dure une nuit et nécessite le tamponnement.

1896 (10 août). Hématurie très abondante, totale, sans intervalles de mictions claires, et qui dure douze jours. Le dernier jour, le malade a des mictions très douloureuses à la fin et rend des caillots.

Treize jours après cette hématurie, douleurs lombaires violentes, grande courbature.

Le malade vient à la Terrasse le 25 août :

Urèthre libre.

Rein droit gros.

Rein gauche normal.

Il entre à l'hôpital, est examiné par M. Albarran, et sort après dix jours de repos.

Le 13 décembre : Le malade a des coliques, qu'un médecin déclare être des coliques de plomb.

Le 6 janvier : Le malade fait une deuxième hématurie totale, non douloureuse, qui continue avec caillots les jours suivants.

Il vient à la Terrasse le 8 janvier.

L'urèthre est libre ; la vessie vide, non sensible : les urines seraient troubles.

A l'examen cystoscopique, on voit les parois vésicales saines et l'on constate une hématurie rénale du côté droit.

M. Guyon trouve une augmentation de volume du rein droit.

Le malade est ausculté et on lui reconnaît une maladie mitrale.

Le 29 janvier, on sent le rein droit très nettement et l'on constate des bosselures. Lorsque le malade est étendu à plat, l'extrémité inférieure de son rein arrive à une ligne passant transversalement par l'ombilic.

L'opération est contre-indiquée à cause de la myocardite chronique et des lésions valvulaires.

Le malade quitte le service le 1er février.

Observation XXV, Pasteau (1)

Début il y a deux mois, c'est-à-dire au mois d'octobre 1899 par une hématurie sans caillots, initiale, non douloureuse et sans cause apparente. Depuis ce temps, la malade urine du sang à chaque miction et ces hématuries sont totales, avec caillots. Il est difficile de préciser exactement le moment où apparurent les caillots, mais ce fut très peu de temps après la première hématurie. Jamais il n'y eut de fréquence de miction, jamais non plus de douleur en urinant, si ce n'est toutefois, mais rarement, une douleur très légère terminale. En dehors de la miction, la malade ressent des douleurs à l'hypogastre ne se manifestant que pendant la marche et disparaissant au repos.

Examen. — Rein droit : o. Rein gauche : o.

Utérus. — Col en avant, réduit de volume, dur et adhérent au cul-de-sac antérieur. Le corps est un peu gros et en arrière ; quand on appuie sur le cul-de-sac antérieur, la vessie paraît épaissie et adhérente.

(1) **Pasteau** (*In* de Sard, *Th. Paris*, 1900).

Par exception, et bien qu'il ne s'agisse point en ce cas d'un néoplasme du rein, nous publions cette observation pour mieux fixer les idées sur ce que nous avons dit du cathétérisme cystoscopique des uretères.

Cathétérisme vésical : La vessie renferme des caillots ; par le lavage, on peut obtenir un liquide à peu près clair, mais la sonde, laissée à demeure pendant quelques minutes, ramène du sang presque pur. Il y a huit jours la malade fit une rétention partielle due à la présence de caillots. M. le professeur Guyon évacua la vessie avec la sonde métallique évacuatrice.

15 décembre. — Jusqu'à il y a trois jours, les urines présentent toujours le même aspect (sanglantes avec caillots) ; à ce moment les caillots disparurent et l'urine ne parut que faiblement teintée de sang. Aujourd'hui les urines sont tout à fait rouges, mais sans caillots.

Examen histologique des urines. — Urines très troubles, rouges, nombreuses hématies. Rares leucocytes. Cellules d'épithélium plat.

Les urines se maintiennent toujours également rouges ; on essaie cependant la cystoscopie, mais sans résultats : il faut d'abord évacuer les caillots de la vessie et, malgré cela, il en reste toujours assez pour que le liquide soit trop foncé pour permettre une exploration complète. La cystoscopie est essayée ainsi à deux jours différents, toujours avec le même résultat. Il existe dans la moitié gauche, du bas-fond de la vessie une série de saillies irrégulières, les unes franchement rouges, les autres déjà décolorées ; on ne peut savoir s'il s'agit de caillots adhérents ou de débris de néoplasme.

C'est alors que pour faire le diagnostic M. Pasteau eut recours à une autre méthode ; puisqu'on ne pouvait déterminer exactement la source exacte de l'hématurie, on tenta d'éliminer, par le cathétérisme de l'uretère, le diagnostic d'hématurie rénale. La vessie ayant été lavée et les caillots enlevés autant que possible, on introduisit le cystoscope d'Albarran et on le plaça en position de façon à voir l'uretère du côté droit ; à ce moment on injecta dans la vessie,

par le canal de la pièce irrigatrice, du liquide ; on fit ainsi une irrigation continue : le liquide injecté arrivant au niveau du prisme et de la lanterne, la région uretérale devint plus claire mais pas assez cependant encore pour permettre le cathétérisme, on ajouta alors à l'irrigation continue par le cystoscope l'irrigation continue par la sonde; on vit alors assez nettement l'orifice uretéral, pour y introduire rapidement une sonde qui, poussée jusque dans le bassinet, donna issue à de l'urine absolument claire. Cet examen se termina par la recherche de l'orifice uretéral du côté gauche ; on le découvrit à la base d'une saillie, dont on ne pouvait déterminer ni la forme ni la dimension, à cause du trouble de l'urine vésicale. La séance de cystoscopie ayant duré une quinzaine de minutes, on remit le cathétérisme de l'uretère gauche au lendemain.

Le lendemain l'hématurie devint un peu moins abondante, si bien qu'on ne pratiqua pas de suite l'examen cystoscopique, espérant que cette hématurie allait enfin cesser. Les trois jours suivants, sans cesser complètement, elle diminua cependant d'une façon assez notable pour permettre, avec la plus grande difficulté d'ailleurs, un examen cystoscopique complet dont voici le résultat.

Il existe une tumeur villeuse, réellement pédiculée, mais à pédicule assez large siégeant immédiatement en dehors et un peu en arrière de l'orifice de l'uretère gauche. Derrière le pédicule on voit encore un caillot sanguin adhérent. Orifices uretéraux normaux. D'autre part, il y a deux ou trois petites saillies arrondies, lisses, de la grosseur d'un petit pois au maximum, plus en dehors et plus en arrière de la tumeur principale.

Le diagnostic étant ainsi complet, le cathétérisme de l'uretère gauche ne fut naturellement pas pratiqué et l'opération fut décidée pour le 20 décembre. M. Guyon pratiqua la taille

sus-pubienne, sectionna les petites tumeurs au niveau de la base, cautérisa leur point d'implantation au thermo-cautère et referma la vessie sans avoir suturé la muqueuse au niveau du point où les tumeurs avaient été enlevées à cause du voisinage de l'uretère.

Les suites de l'opération furent normales et la malade sortit complètement cicatrisée le 18 janvier 1900.

L'examen cystoscopique pratiqué le jour du départ montra encore une surface ulcérée non complètement cicatrisée au niveau des tumeurs enlevées.

Examen histologique de la tumeur : Épithélioma papillaire. Dégénérescence du pédicule : Infiltration de la sous-muqueuse vésicale.

CONCLUSIONS

I. — En présence d'une hématurie, et plus particulièrement en présence d'une hématurie rénale, on doit toujours s'efforcer de faire au plus vite le diagnostic aussi exact que possible de la cause de cette hématurie.

II. — Toute hématurie rénale arrivant et disparaissant sans cause bien déterminée doit immédiatement faire penser au néoplasme.

III. — Pour tirer de l'hématurie tous les renseignements qu'elle peut donner, il faut l'étudier successivement dans son *apparition*, en recherchant sous quelles conditions elles prend naissance ; dans son *évolution*, en examinant son abondance, sa fréquence, ses intermittences et sa durée ; enfin dans ses *associations*, avec les autres symptômes qui l'accompagnent.

IV. — Au point de vue du diagnostic du cancer du rein, l'hématurie a une importance considérable ; elle est certainement le signe le plus constant, et sa précocité lui donne souvent un caractère *dénonciateur* sur lequel il est bon d'insister.

V. — La valeur pronostique de l'hématurie, dans le néoplasme du rein, tient en particulier à ce qu'elle peut être considérée souvent comme un phénomène initial. Elle permet, par suite, de faire plus tôt la néphrectomie, qui seule est capable de guérir le malade si elle est pratiquée au début de l'affection.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Le Président de la Thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1858.

Jaccoud. — Bull. Soc. anat. de Paris, 1858, 2 s. III, 197-200.

1859.

Ballard. — Transact. of pathol. Soc. Lond. 1859.

1868.

Cornil et **Bousseau.** — Journ. de l'Anat. et Physiol. Paris, 1868, V, 570-572.

1871.

Coyne et **Troisier.** — Bull. de la Soc. anat. Paris, 1871.

1873.

Grellety. — Th. Paris, 1873.

1874.

Rohrer. — Thèse de Zurich, 1874.

1875.

Benes (J.). — Transact. path. Soc. London, 1875.

1878.

Quénu. — Hématurie dans un cas de cancer du rein. Bull. Soc. anat. Paris, 1878.

1882.

Mixter. — Boston med. and. surg. journ., 15 septembre 1882, p. 262.

Sabourin. — Arch. de Physiologie, 1882, p. 63 et p 213.

1884.

Luna. — Formes cliniques du cancer rénal (hématurie). Th., Paris, 1884.

Sabourin — Revue de Médecine, 1884, p. 441 et 874.

1885.

Roberts. — On urinary and renal diseases. London, 1885.

Sabourin et **Œttinger.** — Revue de Médecine, 1885, p. 888.

1886.

Benoist (H.). — Thèse de Paris, 1886.

Cornil. — Epithélioma hémorrhagique du rein. Bull. Soc. anat. Paris, 1886, déc., p. 697.

Le Dentu. — Technique de la néphrectomie. Revue de Chirurgie, 1886, p. 1 et 104.

Pawlick. — Sarcome du rein gauche. Wien. med. Presse, 1886. 31 octobre.

Wilson. — Brit. med. J. London, 1886, I, p. 1009.

1887.

Terrier. — Néphrectomie transpéritonéale. Rev. de Chir., 1887. p. 142.

1888.

Bœckel. — Soc. de Med. de Strasbourg, février 1888.

Guillet. — Tumeurs malignes du rein. Th. Paris, 1888.
— Gaz. des Hôp. Paris, 1888, LXI, 401-407.

Stiller. — Verhand. d. Congr. f. med. Wiesb. 1888, VII.

Tuffier. — Hématurie dans les néopl du rein. Ann. org. gén.-urin., 1888, VI p 65-93.

1889.

Le Dentu. — Aff. chirurgicales des reins et uretères. Paris, 1889.
Pilliet. — Bull. Soc. anat , 1889, p. 545 et 1890, p. 464.

1890.

Ames. — Med. News. Philadelphie, 1890, LVII, p. 264.
Barton. — Memphis J. m. Sc., 1890, I, 1-6.
Delorme. — Union médicale Canada, 1890, p. 176.
Guyon. — Diag. précoce des tum. mal. du rein. Ann. génit.-urin. Paris, 1890, p. 329.
Keyes. — Ann. journ. of. the med., 1890.
Pasquale Ferraro. — Giorn. intern. delle scienze medicale, anno VII, 1890, p. 241.
Quénu. — Des tumeurs. Traité de Chirurg. Duplay et Reclus, 1890, t. II, p. 407.
Rafin. — Lyon médical, 1890, XCIV, p. 451-452.

1891.

Ambrosius. — Thèse de Marbourg, 1891.
Brault. — Formes rares du cancer du rein. Semaine méd., 1891, p. 249.
Brokaw. — Med. News. Philadelphie, 1891, LVIII, p. 313.
Chevalier. — De l'interv. chir. dans les tum. malignes du rein. Thèse Paris, 1891.
Kammerer. — New-York med. j., 1891, LIII, p 59.
Krause. — Th. de Wurzburg, 1891.
Lissard. — Carcinomes primitifs du rein. Th. de Wurzburg, 1891.
Lunn John. — Transact. of. path. Soc. London, 1891, p. 186.
Keyes. — In Ann. des m. des org. gén.-urin., 1891, p. 179.
Terrillon. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, 1891. p. 117.
Villaret. — Thèse de Greifswaldt, 1891.

1892.

Alexander. — New-York Acad. med., 1892-1893, IX, 131-144.
Barth. — Deut. med. Woch., 1892, XVIII, p. 531.

Beadls. — Transact. path. Soc. London, 1892, 3, XL, IV. p. 98.
Boiffin. — Gaz. méd. de Nantes, 1892-93, XI, 62.
Drugesco. — Spitalul Bucarest, 1892, p. 393.
Edmunds. — Transact. path. Soc. London, 1892, XLIII, p. 89.
Frank. — Intern. Klin. Rundschau. Wien, 1892.
Giordano. — Ann. génit.-urin. Paris, août 1892.
Henricius. — Centralblatt. f. Chirurg., 1892, p. 274.
Penrose. — Transact. path. Soc. London, 1892-1893, XLIV, p. 96.
Pierson. — Med. Rec. N. Y., 1892, XL, p. 761.
Schmidt Hans. — Munchener med. Woch., 1892, p. 254.
Sullivan. — J. am. med. Assoc. Chicago, 1892, XVIII.
Villeneuve. — Marseille médical, 1892, XXIV, p. 674.
Williams. — Lancet London, 1892, II, p. 1098.

1893.

Askanasy. — Beiträg. z path. anat. von Ziegler. Bd. XIV, 1893, p 33.
Boinnet. — Ann. de Méd. et de Pharm. de Marseille, 1893.
Borchard. — Deut. med. Woch., 1893, p. 860.
Curtis. — Bull. med. du Nord, 1893, XXXVII, p. 137.
Drissen. — Beiträg. z. path. anat. von Ziegler, 1893, Bd. XII, p. 102.
Heideman. — Deut. med. Woch., 1893.
Hume. — Lancet London, janvier, 1893, p. 196,
Ilott et **Walsham.** — Brit. med. Journ., 1er avril 1893, p. 699.
Lange. — Ann. Surg. Philadelphie, 1893, XVIII, 35.
Morris. — Brit. med. Jour., 7 janvier 1893, p. 2.
Pick. — Thèse de Wurzburg, 1893.
Robert. — Ann. of. surg. Philadelphie, 1893, XVII, p. 68.
Témoin. — Archiv. provinciales de Chirurgie, oct. 1893, p. 592.
Wehr. — Th. de Greifswaldt, 1893.
Wollestein. — Med. Rec. N. Y., 1893.

1894.

Alm. — Brit. med. Journ., déc. 1894.
Berard. — Lyon médical, nov. 1894, p. 360.
Blum. — Archiv. génér. de Méd. Paris, 1894, p. 467-470.

Brandt. — Norsk. mag. f. Lægevidensk. Kristiania, 1894, 4 R., IX, p. 1.

Burney. — Ann. of. surg. Philad., 1894, XX, p. 373.

Döderlein et **Birch Hirschfeld.** — Centr. f. Krank. d. Harn und. sex. org., 1894, II, 1 et 2.

Gorl. — Centr. f. d. krank. d. Harn. und sexualorgane, 1894, V, p. 530.

Guyon. — Leçons cliniques sur les mal. des voies urinaires. Paris, 1894.

Hanseman. — Berlin. Klin, Woch., 1894, XXXI, p. 717.

Hawthorne. — Glasgow méd. journ., 1894, XL, p. 148.

Hildebrand. — Archiv. f. Klin. Chir. 1894, XLVII, p. 225.

Kronlein. — Korrespondenzblatt f. schweizer aerzte, 1er août 1894.

Lange. — New. York. med. journ., janvier 1894.

Le Dentu. — Bull. de l'Ac. de Méd. de Paris, 1894, 53, T. XXXI, p. 136.

Lubarsch. — Virchows-Archiv., t. CXXXV, 1894.

Malcoolm. — Brit. med. journ. London, 1894, 3 février, p. 270.

Passet. — Centralbalt. f. d. Krank. d. Harn. und sexualorgan. Leipzig, 1894, V, 8.

Roberts (W. O). — Amer. Pract. and. News. Louisville, 1894, XVII, p. 343.

Sébileau. — Diagnostic des hématuries. Gaz. méd. de Paris, 1894, nos 47, 48, 49.

Strubing. — Klin. Hand. von Zuelzer, 1894, vol. II, p. 136.

Tuffier. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, nov. 1894, p. 775.

Verhoff. — Ann. des mal des org. genit.-urin. Paris, 1894, p. 631.

Wagner (P.). — Centralbl. f. d. krank. d. Harn. u. sexualorgane, 1894, V, p. 267.

1895.

Anderson. — Lancet, London, avril 1895, p. 1053.

Berard. — Mém. de la Soc. de Chir. de Lyon, 1895, p. 115.

Denny. — Boston med. a. S. J., 1895, CXXXII, 183-185.

Goldberg. — Berl. Klin. Wochenschrift, 1895, XXXII, 1071-1074.

Graham. — J. am. ass. Chicago, 1895, XXIV, p. 588.

Guterbock. — Harn und manliche Geschlechtsorgane. Berlin, 1895.
Jordan Max. — Beitr. z. Klin. Chir., XIV, Bd. 34, 1895. p. 587.
Lanzenberg. — Bull. Soc. anat. Paris, 1895, p. 592.
Legueu. — Presse médicale, août 1895, p. 321.
Lévi et Claude. — Bull. Soc. anat. Paris, mars 1895.
Mackintosch. — Lancet London, 1895, p. 1371.
Martin. — Soc. des sciences méd. de Lyon, mai 1895.
Nitze. — Berlin. Klin. Woch., 1895, n° 13, p. 286.
Scudder. — Amer. journ. of. the med Soc., 1895.
Sottas. — Manuel de médecine (Debove et Achard), T. VI, p 697 (Paris, 1895).
Stroup. — Revue méd. de l'Est. Nancy, 1895, XXVII, p. 182.
Tuffier. — Congrès français de Chirurgie. Paris, 1895.
Werder. — Med. News. N. Y., 1895, p. 46.

1896.

Albarran. — Congrès français de Chirurgie, 1896, p. 136.
Bellati. — Archiv. prov. de Chir., 1er avril 1896, p. 216.
Biggs. — Med. Rec. New-York, 1896. 18 juillet, p. 80.
Czerny. — Arch. f. Kinderheil, LIX. In Ann. génit.-urin. Paris, 1896.
Fischer. — Transact. path. Soc. London, 1896, XLVII, p. 115.
Hippel. — Deut. med. Woch. 1896.
Israèl. — Deut. med. Woch., 1896. n° 22, p, 345.
Johnson. — Boston med. and. surg. Journ., 1896, 1er juillet, CXXXV, p. 59.
Kreke. — Aerztl. Munch. Ver. in. Centralb. sexualorg., 1896.
Léonte. — Spitalul Bucarest, 1896, n° 13.
Lotheissen. — Archiv. f. Klin. chir., LII, 4, 1896.
Newman. — Cases of primary cancer of the Kidney. Glasgow med. journ., 1896, p. 179.
Pawlick — Archiv. f. Klin. chir., 1896, LIII, p. 571.
Perthes. — Deuts. Zeitsch. f. Chir., 1896, T. XLII, p. 201.
Ramm. — Norsk. mag. f. Laeg., 1896, 4 R., XI, p. 1020.
Ricard. — Gazette des Hôpitaux. 26 mai 1896.
Secchi — Atti dell'assoc. medica Lombarda. Ott. nov. 1896.

Senator. — Traité des maladies des reins. Berlin, 1896, p. 374.
Steele. — Med. and. surg. Philadelphia. 1896, LXXIV, p. 136.
Weber Parkes. — Transact. of path. society London, 1896, XLVII, p. 117.
Weeney. — Brit. med. journ., 18 février 1896.

1897.

Albarran. — Adénomes et épithéliomes du rein. Ann. génit.-urin., mars 1897.
— Congrès d'Urologie. Paris, 1897.
Bazy. — Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 10 novembre 1897, p. 691.
Breadls. — Primary carc. of kidney. Transact path. Soc. London, 1897-98, p. 179-181.
Bergstaud. — In ann. des mal. des org. génit.-urin. Paris, 1897, p. 202.
Bittner. — Wien. med. Woch., 1897, n° 17, p. 333.
Bräninger. — Beiträg. z. Klin. chir., XVIII, 1897, p. 493.
Charon. — Ann. de la Soc. Belge de Chir., 1897, n° 1. p. 43.
Coley. — Med. News New-York, 1897, LXXI, p. 467.
Daubois. — Thèse de Lyon, 1897.
Delètre et **Raimondi.** — Bull. Soc. anat. Paris, janvier 1897.
Denner. — Du cancer prim. du rein. Th. de Wurzburg, 1897.
Drew. Douglas. — Transact. path. Soc. London, 1897, XLXIII, p. 130.
Escat. — Thèse de Paris, 1897.
Keersmacker. — Ann. de la Soc. belge de Chir., 1897, p. 159.
Loumeau. — Ann. de la pol. de Bordeaux, janvier 1897, p. 403.
Routier. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 17 février 1897, p. 140.
Vander Veer. — Ann. gynec. et Pedriat. Bost., 1897, XI. 137-140.
Wagner (P.). — Centralbl. f. d. krank. d. Harn. u. sexualorgane, 1897.
Walker (G.). — Ann. f. surgery. Philadelphia, 1897, XXVI, p. 529.

1898.

Albarran. — Diagnostic des hématuries rénales. Ann. génit.-urin., 5 mai 1898, p 450.

Bacaloglu. — Bull. de la Soc. anat., janvier 1898.

Bazy. — Revue de Gynécologie, mars-avril 1898, p. 273.
— Bull. et mém Soc de Chir. de Paris, 9 février 1898.

Bigot — De l'interv. chir. dans les tum. mal. du rein. Thèse de Lille, 1898.

Debaisieux. — Ann. de la Soc. Belge de Chir., 15 janvier 1898.

Doyen. — Congrès français de Chirurgie, 1898, 17 octobre.

Gérard-Marchant. — Bull. et mém. Soc. Chir. Paris, 14 juin 1898.

Guniard. — Th. Paris, 1898.

Guyon et **Albarran.** — Néphrotomie. Congrès français de Chirurgie, 1898.

Imbert. — Cathétérisme des uretères. Th. Paris, 1898.

Legueu. — Bull Soc. anat. Paris, mai 1898, p. 418.

Michel. — Sarcome du rein gauche. Bull. Soc. anat. Paris, février 1898.

Pasteau. — Le cathéterisme cystoscopique des uretères. Comm. à la 3e sess. de l'Ass. française d'Urologie. Paris, 1898.

Pinatelle. — Province méd. Lyon, 1898, XII, 565-567.

1899.

Albarran. — Traité de Chirurgie (Dentu et Delbet), t. VIII. Paris, 1899.
— 4e sess ds l'Ass. fr. d'Urol. Paris, 1899, p. 104.

Barbellion (G.). — Procédé d'exception pour le diagnostic d'une hématurie. Journ. de Méd. de Paris, 1899, 2e s., XI, 482.

Boursier. — 4e sess. de l'Ass. fr. d'Urol. Paris, 1899, p. 109.

Castan. — *Ibidem*, p. 143.

Denaclara. — Des hémat. dans les neopl. du rein. Etude statistique. Th. Lyon, 1899.

Desnos. — 4e sess. de l'Ass. fr. d'Urol. Paris, 1899, p. 160.

Guyon et **Albarran.** — *Ibidem*, p. 76.

Hamonic (P.). — 4e session de l'ass. fr. d'Urol. Paris, 1899, p. 115-120.

Héresco. — De l'interv. chirg. dans les tum. mal. du rein. Thèse Paris, 1899.

Imbert. — 4e sess. de l'Ass. fr. d'Urol. Paris, 1899, p. 120.

Loumeau. — *Ibidem*, p. 125.

Malherbe et **Legueu.** — 4e session de l'Ass. fr. d'Urologie. Paris, 1899.

Pasteau. — De l'hématurie au cours du rein mobile. 4e session Ass. fr. d'Urologie. Paris, 1899.

Pousson. — 4e sess. de l'Ass. fr. d'Urologie. Paris, 1899, p. 100-103.

Tédenat. — Hematuries essentielles. Ann. org. génit.-urin., 1899.

Tuffier. — Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus). Paris, 1899, T. VII, p. 613.

1900.

Albarran. — Ann. des mal. des org. génit.-urin. Paris, 1900, p. 723.

Beynon (J.-H.). — Diagnosis and treat. of renal tumors. Medic. Times. N.-Y., 1900.

Bierhoff (F.). — Hœmaturia due to renal carc. Endovesical phot. New-York medic., j. 1900.

Bruscalupi.— Suppl. al. Policlin. Roma, 1900, VII, 97-100.

Buck (T.-A.). — British médic. J. Lond. 1900, II, p. 1.780.

Buy et **Rispal.** — Languedoc médico-chir. Toulouse, 1900, VIII, p. 241.

Fenwick. — Brit. med. J. London, 1900, I, 248-249.

Freemann (L.). — Denver med. Times, 1900, XIX, p. 395-402.

Guépin (A.). — France méd. Paris, 1900, XLVII, p. 5-6.

Guillet. — XIIIe Congr. intern. de Méd. Paris, 1900 (section chir. urinaire).

Guyon. — Remarques sur l'év. et le diagn. des tum. canc. du rein. (Ex. des Ann. des mal. des org. gén.-urin.) Paris, janvier 1900.

Hamonic. — Rev. clin. d'Androl. et de Gynecol. Paris, 1900, VI, p. 20.

Imbert. — Nouveau Montpellier medic., 1900, X, p. 417-430.

Jameson. — Brit. med. J. Lond., 1900, p. 1155.

Jonnesco (Th.). — Bull. et Mém. de ls Soc. de Chir. de Bucarest, 1900, II, p. 114.

Lavaux (J.-M.). — Chirurg. contemp. des org. gén.-urin. Paris, 1900, X, suppl. p. 10-16

Loeper et **Chifoliau.** — Bull. et Mem. de la Soc. anat. de Paris, 1900, II, p. 67.

Loumeau. — Gaz. h. de Méd. de Bordeaux, 1900.

M'Arthur (L.-L.). — J. Ann. M. Ass. Chicago, 1900, XXXIV, 641-643.

Michaux. — Néphrites chroniques hématuriques. Thèse, Paris, 1900.

Ramoino (G.-B.). — Gaz. d. Osp. Milano, 1900, XXI, p. 180-181.

Reynès. — XIIIe Congr. intern. de Méd. 1900. Paris.

Rivet. — Gaz. méd. de Nantes, 1900, XVIII, p. 208-209.

Sard (de). — Le cath. cystosc. des uretères cons. comme moyen de diagn. Th., Paris, 1900.

1901.

Imbert. — Ann. des m. des org. gén.-urin., févr. 1901.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7
CHAPITRE I. — Diagnostic de l'Hématurie rénale. Cystoscopie. 13
CHAPITRE II. — Etude étiologique de l'Hématurie rénale en général 26
CHAPITRE III. — Etude de l'Hématurie dans les néoplasmes du rein 35
CHAPITRE IV. — Valeur diagnostique de l'Hématurie au point de vue d'un néoplasme rénal 47
CHAPITRE V. — Valeur pronostique de l'Hématurie au point de vue d'un néoplasme rénal 54
OBSERVATIONS 58
CONCLUSIONS 96
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 98

Imprimerie de la Faculté de médecine, L. BOYER, 15, rue Racine, Paris.